Ärztekammer für Niederösterreich
1010 Wien, Wipplingerstraße 2

Niederösterreichische
Krankenversicherungsträger

==========

St. Pölten, im September 2009
Dion-Dr.A/Fr DVR: 0023965

Betreff: Sammelordner "Gesamtvertrag" /
Informationsmappe für neue Vertragspartner/innen
der NÖ Krankenversicherungsträger

Sehr geehrte Frau Kollegin! Sehr geehrte Frau Doktorin!
Sehr geehrter Herr Kollege! Sehr geehrter Herr Doktor!

Um den Ordner auf dem aktuellen Stand zu halten, übermitteln wir Ihnen eine Austauschsendung, die folgende Änderungen bzw. Neuerungen beinhaltet:

Sämtliche Neuerungen wurden in einem unterscheidbaren Schriftbild gedruckt und sind somit leicht erkennbar.

ZUSATZVEREINBARUNG / SONSTIGE ZUSATZVEREINBARUNGEN

Wir ersuchen Sie, die "Gesamtvertragliche Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertragsärzte (Niederlassungsrichtlinien) – inklusive 1. Zusatzvereinbarung vom 13.12.2005" samt Anlagen 1 und 2 durch die "Gesamtvertragliche Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertragsärztinnen/-ärzte (Niederlassungsrichtlinien)" samt Anlage 1 zu ersetzen.

In jenen Informationsmappen, die ab März 2009 an neue Vertragspartner/innen verteilt wurden, ist dieser Austausch bereits erfolgt.

Die "Zusatzvereinbarung betreffend Übergabepraxis" ist mit 31.3.2009 ausgelaufen und daher zu entfernen.

GRUPPENPRAXEN-GESAMTVERTRAG

Der "Gruppenpraxen-Gesamtvertrag vom 1. April 2009" samt Beilagen 1 und 2 sowie die "Gesamtvertragliche Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertrags-Gruppenpraxen und der Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen (Niederlassungsrichtlinien)" samt Anlagen 1 und 2 sind vor dem bereits enthaltenen "Gruppenpraxen-Gesamtvertrag für Radiologie" neu einzuordnen.

In jenen Informationsmappen, die ab März 2009 an neue Vertragspartner/innen verteilt wurden, sind diese Unterlagen bereits enthalten.

HONORARORDNUNG

Teil A Z 6	Textänderung
Teil A Z 16 lit. g	Textänderung
Teil B Z 5 b	Betragserhöhung
Teil B Z 6 - 9	Textänderung
Teil C lit. a - d	Textänderung, Tariferhöhung
Pos. 1 - 12, 122, 222, 479, 485, 536 - 540, 572, 601, 602, 617 - 620, 699, 710 - 718, 720 - 726, 730 - 732	Tariferhöhung
Fachspezifischer Zuschlag für Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	Tariferhöhung
Fachspezifischer Zuschlag für Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie	Textänderung
Teil C lit. h	Tariferhöhung
Überschrift S. 52	Textänderung

Wir ersuchen Sie, im Register **Honorarordnung** die Seiten **3 – 4, 9 – 10, 13 – 18, 23 – 30, 43 – 44, 47 – 54, 57 – 60** und **81 – 82** auszutauschen.

In jenen Informationsmappen, die ab März 2009 an neue Vertragspartner/innen verteilt wurden, sind lediglich die Seiten 3 – 4, 9 – 10 und 15 – 16 auszutauschen.

INFORMATIONEN

Im Informationsteil wurde eine Anpassung an die gesetzlichen und vertraglichen Gegebenheiten vorgenommen. Dabei erfolgten auch Änderungen hinsichtlich einer geschlechtergerechten Sprache, die im Text jedoch nicht extra hervorgehoben werden.

Es wird daher ersucht, im **Stichwortverzeichnis** die Buchstaben **A, B, C, E, F, G, H, K, P und V** auszutauschen.

A 4	Beilage 3 einfügen
A 5	Information und Beilage austauschen

A 6	Information austauschen
B 1	Information austauschen
B 2	Information entfernen
C 1	Information und Beilage 2 austauschen
C 2	Information entfernen
E 5	Information entfernen
E 6	Information austauschen
E 7	Information einfügen
F 2	Information einfügen
G 2	Information einfügen
H 1	Beilage 2 austauschen
H 2	Information *) einfügen
H 3	Information austauschen
H 6	Information und Beilage austauschen
H 9	Information einfügen
I 1	Beilage entfernen
I 2	Information und Beilage 2 austauschen
K 2	Information einfügen
K 6	Information austauschen
M 1	Information austauschen
M 3	Information austauschen
M 6	Information und Beilage 2 austauschen
O 1	Information und Beilagen 1, 3, 4, 7, 8 und 9 austauschen
R 2	Information austauschen

R 5	Information *) und Beilage austauschen
T 1	Information austauschen
V 1	Information austauschen
V 4	Information austauschen

*) Die Information H 2 basiert auf den Rundschreiben der Nö. Gebietskrankenkasse an alle Fachärztinnen/-ärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Niederösterreich vom 4.12.2002 und 31.7.2003.

Die Änderungen in der Information R 5 basieren einerseits auf dem Rundschreiben der Nö. Gebietskrankenkasse an alle Vertrags(fach)ärztinnen/-ärzte in Niederösterreich vom 9.12.1998 (nuklearmedizinische Untersuchungen) und andererseits auf der 8. Änderung der Krankenordnung 1999 vom Juni 2004 (Transporte bei Serienbehandlungen).

Für Rückfragen steht Ihnen Frau Claudia Fröschl unter der Telefonnummer 050899-5216 gerne zur Verfügung.

Hochachtungsvoll

Für die Ärztekammer für Niederösterreich:

Der Kurienobmann:
VP Dr. J. Jäger

Der Präsident:
Dr. Ch. Reisner

In Vollmacht der im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträger:

Für die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse:

Der Generaldirektor:
K. Köck

Der Obmann:
KR G. Hutter

Gebührenfrei gemäß §§ 109 und 110 ASVG

Gesamtvertragliche Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertragsärztinnen/-ärzte (Niederlassungsrichtlinien)

abgeschlossen zwischen der

Ärztekammer für Niederösterreich
(im Folgenden kurz Ärztekammer genannt)
einerseits

und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
mit Zustimmung und mit Wirksamkeit für die
in § 2 des Gesamtvertrages vom 21.3.1994 angeführten Krankenversicherungsträger
(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt)
andererseits.

Diese Vereinbarung gilt nicht für Fachärztinnen/Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärztinnen/Zahnärzte und Dr.med.dent.

§ 1
Grundlagen

(1) Diese Vereinbarung orientiert sich an den inhaltlichen Vorgaben des § 343 ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, in der geltenden Fassung, sowie der auf Grund dieser Bestimmung erlassenen Reihungskriterien-Verordnung, BGBl. II Nr. 487/2002, in der geltenden Fassung.

(2) Soweit im Folgenden nicht Abweichendes oder Gegenteiliges vereinbart ist, gelten zwischen den Vertragsparteien jene Rechte und Pflichten, die sich aus dem Gesamtvertrag vom 21.3.1994 samt Zusatzvereinbarungen und sonstigen geltenden Bestimmungen, in der jeweils geltenden Fassung, abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, ergeben, unverändert weiter.

§ 2
Geltungsbereich

Diese Vereinbarung wird vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit Zustimmung und Wirkung für folgende Krankenversicherungsträger abgeschlossen:

- Niederösterreichische Gebietskrankenkasse,
- Betriebskrankenkasse Mondi,
- Betriebskrankenkasse Austria Tabak,
- Wiener Gebietskrankenkasse und
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

§ 3
Gegenstand

Diese Vereinbarung regelt die Auswahl der Vertragsärztinnen/-ärzte und den Abschluss der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Krankenversicherungsträger und der Ärztin/dem Arzt im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer und unter Berücksichtigung der in der Reihungskriterien-Verordnung aufgestellten Kriterien für die Reihung der Bewerberinnen/Bewerber.

§ 4
Kündigung des Einzelvertrages

Unbeschadet der Regelungen des ASVG soll eine Kündigung des Einzelvertrages durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt sechs Monate vor Ende des jeweiligen Kalendervierteljahres, zu dem die Kündigung wirksam werden soll, beim Versicherungsträger einlangen.

§ 5
Ausschreibung von Vertragsärztinnen-/Vertragsarztstellen

(1) Die rechtsverbindliche Ausschreibung freiwerdender oder freier Kassenplanstellen erfolgt durch die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse einmal monatlich, spätestens bis zum 10. des Kalendermonats, im Internet und wird über Ersuchen der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse von der Ärztekammer auf deren Homepage (derzeit: www.arztnoe.at) veröffentlicht. Im Mitteilungsblatt der Ärz-

tekammer (derzeit NÖ Consilium) erfolgt eine Information über ausgeschriebene Kassenplanstellen unter Hinweis auf die Ausschreibung im Internet.

(2) Grundlage für die Ausschreibung ist der vereinbarte Ausschreibungstext laut Anlage 1 zu dieser Vereinbarung.

§ 6
Voraussetzungen für die Bewerbung

Voraussetzungen für die Bewerbung sind:

1. Die fachliche Eignung für die ausgeschriebene Kassenplanstelle für eine Ärztin/einen Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt, die durch Vorlage des Diploms über die erfolgreiche Absolvierung einer praktischen Ausbildung nach den für die/den Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin/Facharzt geltenden Ausbildungserfordernissen nachzuweisen ist.

2. Die österreichische Staatsbürgerschaft oder die Staatsangehörigkeit einer der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft oder die Staatsangehörigkeit eines Vertragsstaates eines Abkommens mit den Europäischen Gemeinschaften und ihren Mitgliedstaaten, welches die Mitgliedstaaten zur Inländergleichbehandlung hinsichtlich des Niederlassungsrechtes und des Dienstleistungsverkehrs verpflichtet (Assoziationsstaaten).

3. Der Nachweis darüber, dass der Präsenz-, Zivil- oder Ausbildungsdienst zum Zeitpunkt der Invertragnahme abgeleistet ist bzw. der Nachweis der dauernden Untauglichkeit.

4. Ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache.

5. Die fristgerechte schriftliche Bewerbung um die konkret zu besetzende Planstelle unter Vorlage der vollständigen Unterlagen gemäß der Ausschreibung im Original oder in beglaubigter Abschrift und, sofern die Unterlagen nicht in deutscher Sprache abgefasst sind, in beglaubigter Übersetzung.

Die Prüfung der Voraussetzungen erfolgt durch die Ärztekammer.

§ 7
Bewerberliste (bisher Reihungsliste)

(1) Die Bewerberliste wird auf EDV-Basis von der Ärztekammer geführt und ist in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren und an die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse zu übermitteln. Diese hat jederzeit das Recht der Einsicht in die Bewerberliste. Ebenso kommt den in die Bewerberliste Eingetragenen das Recht der Auskunft über ihre Eintragung in die Bewerberliste inklusive dem aktuellen Punktestand gemäß Abs. 4 bis 6 zu.

(2) Die bisher auf Grund der, in der Ausgabe Nr. 03/2002 des NÖ Consilium verlautbarten, Niederlassungsrichtlinien geführte fachspezifische Bewerberliste ist weiter zu führen. Entsprechend den berufsrechtlichen Möglichkeiten einer Ärztin/eines Arztes sind Mehrfacheintragungen möglich.

(3) Maßgeblich für die Bewertung der Eintragung in die Bewerberliste ist der Zeitpunkt der ersten Eintragung nach Erlangung des Rechtes zur selbstständigen Berufsausübung (Allgemeinmedizin, Sonderfächer). Sollte eine Ärztin/ein Arzt noch nicht in die Bewerberliste eingetragen sein, erfolgt die Eintragung in die fachspezifische Liste automatisch bei einer Bewerbung um eine konkrete Planstelle.

(4) Die Eintragung in die Bewerberliste wird mit 0,2 Punkten pro Monat, bei Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin und bei Fachärztinnen/Fachärzten mit maximal 6 Punkten, bewertet. Entsprechende Zeiten aus der seit 8.3.2002 bestehenden Reihungsliste werden übernommen, wobei die Bewertung der Zeiten mit 0,2 Punkten pro Monat erfolgt.

(5) Eine vertragsärztliche Tätigkeit schließt eine Führung in der Bewerberliste aus. Handelt es sich jedoch um eine vertragsärztliche Tätigkeit von mindestens vier Quartalen, ersetzt diese die Eintragung in die Bewerberliste, wobei die Dauer der vertragsärztlichen Tätigkeit entsprechend Abs. 4 zu bewerten ist.

(6) Ein weiteres Kriterium für die Bewertung stellen regelmäßige Bewerbungen um Einzelverträge in Niederösterreich dar. Die erstmalige Bewerbung im Bundesland wird nicht bepunktet. Jede weitere Bewerbung in Niederösterreich wird mit 0,2 Punkten bewertet. Erfolgte bereits zuvor eine Bewerbung in derselben Region, wird diese mit 0,4 Punkten bewertet. Maximal sind 0,4 Punkte erreichbar. Unter einer Region sind der jeweilige Verwaltungsbezirk, in dem die Stelle ausgeschrieben ist, sowie alle angrenzenden Bezirke zu verstehen.

Wird eine zuerkannte Planstelle nicht angetreten, ist entsprechend § 15 vorzugehen. Die Bewerbung um diese Planstelle wird bei der Bewertung der Punkte für spätere Bewerbungen nicht berücksichtigt.

(7) Aus den Kriterien der Bewerberliste und der kontinuierlichen Bewerbung sind insgesamt maximal 6 Punkte zu erreichen.

(8) Im Falle einer Verurteilung im Sinne des § 343 Abs. 2 Z 4-6 ASVG hat eine Streichung aus der Bewerberliste zu erfolgen. Eine Neuaufnahme in die Liste kann erst nach Ablauf der gesetzlichen Tilgungsfrist erfolgen. Ebenso ist eine Streichung aus schwerwiegenden Gründen, die auch die Auflösung eines Kassenvertragsverhältnisses rechtfertigen würden, aus der Bewerberliste gerechtfertigt. Ebenso erfolgt eine Streichung bei Nichtantritt einer zugesprochenen Kassenplanstelle ohne Vorliegen berücksichtigungswürdiger Gründe. Eine neuerliche Aufnahme in die Bewerberliste hat eine Reihung auf Grund des Zeitpunktes des neuen Antrages zur Folge.

BEURTEILUNG DER FACHLICHEN EIGNUNG

§ 8
Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin

(1) Berufserfahrung:
Berücksichtigt werden ärztliche Tätigkeiten ab der Erlangung des Rechtes zur selbstständigen Berufsausübung, wobei die Berufserfahrung für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin mit 0,5 Punkten pro Monat bewertet wird. Die maximal mögliche Punkteanzahl beträgt dabei 18 Punkte.

(2) Weitere ärztliche Tätigkeiten:
- ✓ Vertragsärztin/Vertragsarzt
- ✓ Hauptberufliche/r Wahlärztin/Wahlarzt
- ✓ Wahlärztin/Wahlarzt mit Anstellungsverhältnis
- ✓ Vertretungsärztin/Vertretungsarzt
- ✓ Angestellte/r Ärztin/Arzt
- ✓ Kombination dieser Kriterien

Die Bewertung erfolgt folgendermaßen:	**max.**
a. Für Tätigkeiten als Vertragsärztin/Vertragsarzt 0,3 Punkte pro vol-	4 Punkte

Die Bewertung erfolgt folgendermaßen:	**max.**
lem Kalendermonat.	
b. Für nachgewiesene Tätigkeiten als hauptberufliche/r Wahlärztin/Wahlarzt (ohne Anstellung) 0,3 Punkte pro Monat.	4 Punkte
c. Für nachgewiesene Tätigkeiten als Wahlärztin/Wahlarzt mit Anstellungsverhältnis bis 20 Stunden 0,3 Punkte pro Monat.	4 Punkte
d. Für Tätigkeiten als Vertretungsärztin/Vertretungsarzt (Berechnung: 16 Tage = 1 volles Monat) 0,2 Punkte pro Monat.	4 Punkte
e. Für Tätigkeiten als angestellte/r Ärztin/Arzt 0,2 Punkte pro Monat.	4 Punkte
f. Für Tätigkeiten als Arzt im Rahmen eines Werkvertrages oder freien Dienstvertrages, sofern dieser nicht mit einer Privatperson geschlossen wurde und eine Vertragsdauer von mindestens 1 Jahr vorliegt 0,08 Punkte pro Monat	4 Punkte
g. Eine Punktevergabe ist bei Kombinationen in folgenden Fällen möglich: - Anstellungsverhältnis/Vertretung 0,3 Punkte pro Monat. - Anstellungsverhältnis (Dienstverhältnis über 20 Stunden)/ Wahlärztin/Wahlarzt (nachgewiesene Wahlarzttätigkeit wird erst zur Berechnung herangezogen, wenn eine mindestens 24-monatige Tätigkeit gegeben ist, dann erfolgt die Bewertung jedoch rückwirkend) 0,3 Punkte pro Monat. - Alle sonstigen Kombinationen jeweils 0,3 Punkte pro Monat.	4 Punkte

Für Tätigkeiten von lit. a – f werden insgesamt maximal 4 Punkte vergeben.

(3) Für die Tätigkeit als Notärztin/Notarzt bzw. im Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst (pro Dienst) sowie im Rahmen des Wochenend- und Feiertagsdienstes (pro Dienst-Tag; Berechnung: nur volle 24 Stunden = 1 Dienst-Tag) in NÖ wird 0,1 Punkt pro Dienst bzw. Dienst-Tag vergeben, maximal 4 Punkte.

(4) Zusätzliche fachliche Qualifikationen sind entweder durch die Vorlage eines von der Österreichischen Ärztekammer verliehenen bzw. anerkannten Diploms, eines ÖÄK-CPD oder eines Notarztzertifikats und der aufrechten Berechtigung als Notärztin/Notarzt nachzuweisen. Eine abgeschlossene Facharztausbildung, eine Habilitation bzw. eine postgraduale Ausbildung im medizinischen Bereich oder im Bereich des Gesundheitsmanagements finden gleichermaßen Berücksichtigung. Pro ÖÄK-Diplom sowie für das ÖÄK-Notarztzertifikat werden 2 Punkte, für ein Sonderfach, eine Habilitation bzw. eine postgraduale Ausbildung im medizinischen Bereich und im Bereich des Gesundheitsmanagements werden jeweils 4 Punkte vergeben. Pro ÖAK-CPD

(Continuing Professional Development) werden 2 Punkte vergeben, sofern der Aufwand dafür zumindest so groß ist, wie der geringste Aufwand für eine ÖÄK-Diplom (derzeit: mindestens 60 Stunden). Insgesamt werden maximal 6 Punkte vergeben.

§ 9
Fachärztinnen/Fachärzte

(1) Berufserfahrung:

Berücksichtigt werden ärztliche Tätigkeiten ab der Erlangung des Rechtes zur selbstständigen Berufsausübung, wobei die Berufserfahrung für Fachärztinnen/Fachärzte mit 0,4 Punkten pro Monat bewertet wird. Die maximal mögliche Punktezahl beträgt dabei für Fachärztinnen/Fachärzte 22 Punkte.

(2) Weitere ärztliche Tätigkeiten:

- ✓ Vertragsärztin/Vertragsarzt
- ✓ Hauptberufliche/r Wahlärztin/Wahlarzt
- ✓ Wahlärztin/Wahlarzt mit Anstellungsverhältnis
- ✓ Vertretungsärztin/Vertretungsarzt
- ✓ Angestellte/r Ärztin/Arzt bzw.
- ✓ Kombinationen dieser Kriterien

Die Bewertung erfolgt folgendermaßen:	**max.**
a. Für Tätigkeiten als Vertragsärztin/Vertragsarzt 0,3 Punkte pro vollem Kalendermonat.	12 Punkte
b. Für nachgewiesene Tätigkeiten als hauptberufliche/r Wahlärztin/Wahlarzt (ohne Anstellung) 0,3 Punkte pro Monat.	12 Punkte
c. Für nachgewiesene Tätigkeiten als Wahlärztin/Wahlarzt mit Anstellungsverhältnis bis 20 Stunden 0,3 Punkte pro Monat.	12 Punkte
d. Für Tätigkeiten als Vertretungsärztin/Vertretungsarzt (Berechnung: 16 Tage = 1 volles Monat) 0,2 Punkte pro Monat.	12 Punkte
e. Für Tätigkeiten als angestellte/r Ärztin/Arzt 0,2 Punkte pro Monat.	12 Punkte
f. Für Tätigkeiten als Arzt im Rahmen eines Werkvertrages oder freien Dienstvertrages, sofern dieser nicht mit einer Privatperson geschlossen wurde und eine Vertragsdauer von mindestens 1 Jahr vorliegt 0,08 Punkte pro Monat	12 Punkte
g. Eine Punktevergabe ist bei Kombinationen in folgenden Fällen möglich: - Anstellungsverhältnis/Vertretung 0,3 Punkte pro Monat.	

Die Bewertung erfolgt folgendermaßen:	max.
- Anstellungsverhältnis (Dienstverhältnis über 20 Stunden)/ Wahlärztin/Wahlarzt (nachgewiesene Wahlarzttätigkeit wird erst zur Berechnung herangezogen, wenn eine mindestens 24-monatige Tätigkeit gegeben ist, dann erfolgt die Bewertung jedoch rückwirkend) 0,3 Punkte pro Monat. - Alle sonstigen Kombinationen jeweils 0,3 Punkte pro Monat.	12 Punkte

Für Tätigkeiten von lit. a – f werden insgesamt maximal 12 Punkte vergeben.

(3) Zusätzliche fachliche Qualifikationen sind entweder durch die Vorlage eines von der Österreichischen Ärztekammer verliehenen bzw. anerkannten Diploms, eines ÖÄK-CPD, eines Zusatzfaches oder eines Notarztzertifikats und der aufrechten Berechtigung als Notärztin/Notarzt nachzuweisen. Das ius practicandi bzw. eine abgeschlossene zusätzliche Facharztausbildung, eine Habilitation bzw. eine postgraduale Ausbildung im medizinischen Bereich und im Bereich des Gesundheitsmanagements finden gleichermaßen Berücksichtigung. Pro ÖÄK-Diplom sowie für das ÖÄK-Notarztzertifikat werden 2 Punkte und pro Zusatzfach werden 4 Punkte, für das ius practicandi, ein zusätzliches Sonderfach, eine Habilitation bzw. eine postgraduale Ausbildung im medizinischen Bereich oder im Bereich des Gesundheitsmanagements werden ebenfalls jeweils 4 Punkte vergeben. Pro ÖAK-CPD (Continuing Professional Development) werden 2 Punkte vergeben, sofern der Aufwand dafür zumindest so groß ist, wie der geringste Aufwand für eine ÖÄK-Diplom (derzeit: mindestens 60 Stunden). Insgesamt werden maximal 6 Punkte vergeben.

§ 10
Behindertengerechter und barrierefreier Zugang

Die Zusage, sich ernsthaft zu bemühen, einen behindertengerechten Zugang zur Praxis bei Vertragsbeginn oder innerhalb einer angemessenen Frist nach Vertragsbeginn zu schaffen (vgl. § 2 Abs. 1 Z 4 der Reihungskriterien-Verordnung), wird mit 2 Punkten bewertet.

§ 11
Ablehnung der Invertragnahme

(1) Liegt die Punkteanzahl der/des Erstgereihten mehr als 5 % über jener der/des Mitbewerberin/Mitbewerbers, ist die/der Erstgereihte zu einem Vorstellungsgespräch

in die Hearingkommission zu laden. Als „Erstgereihte(r)“ ist auch ein(e) Bewerberin/Bewerber zu werten, die/der sich als einzige(r) Kandidatin/Kandidat um eine ausgeschriebene Planstelle bewirbt.

(2) Die Ärztekammer und die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse können einvernehmlich die Invertragnahme der/des Erstgereihten mit Begründung ablehnen, wenn erhebliche Bedenken bestehen, ob der mit dem Einzelvertrag verbundene Versorgungsauftrag durch diese(n) Bewerberin/Bewerber erfüllt werden kann.

§ 12
Hearing

(1) Ein Hearing ist durchzuführen, wenn die Punkteanzahl der Bewerberinnen/Bewerber innerhalb einer Bandbreite von 5 %, bezogen auf die Punkteanzahl der/des Erstgereihten, liegt. Das Hearing ist nicht öffentlich.

(2) Die Hearingkommission wird von der Ärztekammer und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse paritätisch besetzt. Von Seiten der Ärztekammer nehmen der Präsident, in dessen Abwesenheit ein von ihm zu nominierender Vertreter, ein Vertreter der Kurie der angestellten Ärzte sowie ein Vertreter der Kurie der niedergelassenen Ärzte teil. Von Seiten der Gebietskrankenkasse nehmen die drei Obleute bzw. bei Verhinderung jeweils ein von diesen namhaftgemachter Vertreter teil.

(3) Die Hearingkommission ist in ihrer Beurteilung der Kandidatinnen/Kandidaten an kein vorgegebenes Punktesystem gebunden sondern völlig frei und unabhängig. Die Entscheidung innerhalb der Hearingkommission erfolgt durch demokratische Abstimmung mit einfacher Mehrheit.

(4) Insbesondere zu beurteilen sind durch die Hearingkommission:

1. zusätzliche fachliche Qualifikationen im Sinne einer speziellen Ausbildung, die für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit für die ausgeschriebene Kassenplanstelle von besonderer Relevanz ist (z. B. weitere Zusatzfächer, zusätzliche Qualifikation im Sinne von Sonderberechtigungen wie EEG, EKG, Echokardiografie, Ergometrie etc.),
2. die soziale Förderungswürdigkeit,
3. sonstige medizinische oder soziale Tätigkeiten,
4. zusätzliche Sprachkenntnisse,

5. die Frauenquote zur Sicherstellung einer ausgewogenen Versorgung mit weiblichen und männlichen Vertragsärzten.

(5) Die Entscheidung der Hearingkommission ist ausführlich zu begründen und in der Begründung eine Abwägung der für die Entscheidung relevanten Kriterien in Bezug auf die im Hearing zu beurteilenden Bewerberinnen/Bewerber zu treffen. Die Begründung ist im Beratungsprotokoll über das Hearing festzuhalten und von allen Hearingkommissionsmitgliedern zu unterzeichnen. Das Beratungsprotokoll ist vertraulich. Die Entscheidung der Hearingkommission ist den Bewerberinnen/Bewerbern um die Kassenplanstelle, die am Hearing teilgenommen haben, bekannt zu geben.

§ 12a
Zurückziehen einer Bewerbung

(1) Wird eine Bewerbung nach Ende der Bewerbungsfrist zurückgezogen oder erscheint eine/ein Bewerberin/Bewerber nicht zum Vorstellungsgespräch gem. § 11 Abs. 1 bzw. zum Hearing gem. § 12, was einem Zurückziehen der Bewerbung gleichkommt, so erhält sie/er für die gegenständliche Bewerbung keine Punkte aus dem Titel „regelmäßige Bewerbung“ gem. § 7 Abs. 6. Darüber hinaus werden alle bisher aus diesem Titel erworbenen Punkte gestrichen und beginnt die Zählung der Punkte aus diesem Kriterium bei künftigen Bewerbungen neu zu laufen.

(2) Eine Punktestreichung gem. Abs. 1 erfolgt dann nicht, wenn die Zurückziehung der Bewerbung oder das Fernbleiben vom Vorstellungsgespräch gem. § 11 Abs. 1 bzw. vom Hearing gem. § 12 als berechtigt oder entschuldbar zu werten ist. Die Bewerberin/der Bewerber hat seine Gründe unverzüglich schriftlich (auch per e-mail oder Fax) gegenüber der Ärztekammer und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse darzulegen. Die Entscheidung über die Anerkennung der geltend gemachten Entschuldigungsgründe erfolgt einvernehmlich zwischen der Ärztekammer und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse.

§ 13
Frauenförderung

(1) Ist im Fachgebiet (Allgemeinmedizin und Sonderfächer) des ausgeschriebenen Einzelvertrages der Anteil an Vertragsärztinnen geringer als der Anteil an Bewerberinnen gemäß der Bewerberliste nach § 7, so ist (sind) in das Hearing gemäß

§ 12 jene Bewerberin (jene Bewerberinnen) einzubeziehen, die ausschließlich wegen der Bewertung gemäß § 7 nicht erstgereiht ist (sind).

(2) Abs. 1 findet keine Anwendung, wenn

1. eine Bewerberin bereits gemäß § 11 Abs. 1 allein erstgereiht ist,
2. an einem Hearing gemäß § 12 mindestens gleich viele Bewerberinnen wie Bewerber teilnehmen oder
3. der Anteil der Vertragsärztinnen im Fachgebiet (Allgemeinmedizin und Sonderfächer) und im regionalen Versorgungsgebiet des ausgeschriebenen Einzelvertrages (Bezirk) 50 % oder mehr beträgt.

(3) Die Anzahl der Bewerberinnen, die für das Hearing auf Grund der Anwendung des Abs. 1 in Betracht kommen, wird dadurch begrenzt, dass jeweils nur so viele Bewerberinnen zugelassen werden, als notwendig sind, um das Hearing mit gleich vielen Bewerberinnen wie Bewerbern durchzuführen. Die Zulassung erfolgt in der Reihenfolge, die sich aus der Anwendung aller Kriterien ergibt.

§ 14
Veröffentlichung

Die Entscheidung über die Vergabe der Kassenplanstelle ist nach erfolgter Beschlussfassung im Internet auf der Homepage der Ärztekammer (derzeit: www.arztnoe.at) und im Mitteilungsblatt der Ärztekammer (derzeit NÖ Consilium) zu veröffentlichen.

§ 15
Ausschreibung bei Nichtantritt einer Vertragsärztinnen-/Vertragsarztstelle

Eine Kassenplanstelle ist grundsätzlich zum vorgesehenen Zeitpunkt (Vertragsbeginn) anzutreten. Wird eine zugesprochene Kassenplanstelle nicht innerhalb einer angemessenen Frist angetreten, ist sie neu auszuschreiben.

§ 16
Wechsel der Ordinationsstätte

(1) Freiwerdende oder freie Kassenplanstellen sind jedenfalls auszuschreiben und diesbezüglich ist eine Bewerbung auf Grund der Bestimmungen dieser Vereinbarung erforderlich. Ein Wechsel der Ordinationsstätte nach § 8 des Gesamtvertrages ist nur in jenen Fällen zulässig, wo eine Verlegung innerhalb des im Stellenplan festgeleg-

ten Sanitätssprengels bzw. innerhalb des im Stellenplan ausgewiesenen Niederlassungsortes stattfinden soll.

(2) Wenn eine Vertragsärztin/ein Vertragsarzt mit mindestens 5-jährigem Vertragsverhältnis an einem Ordinationsstandort mit der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse um einen Wechsel der Ordinationsstätte außerhalb des im Stellenplan festgelegten Sanitätssprengels bzw. des im Stellenplan ausgewiesenen Niederlassungsortes ansucht, ist sie/er im Falle eines Hearings gemäß § 12 ebenfalls einzuladen oder aber gegebenenfalls gemeinsam mit der/dem Erstgereihten zu einem Hearing zu laden. Bei einem neuerlichen Wechselantrag ist jedenfalls das Erfordernis des 5-jährigen Vertragsverhältnisses am jeweiligen Ordinationsstandort einzuhalten.

§ 17
Inkrafttreten, Geltungsdauer

(1) Diese gesamtvertragliche Vereinbarung tritt mit 1.4.2009 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie ist erstmals auf Ausschreibungen ab dem 1.4.2009 anzuwenden. § 7 Abs. 4 dieser Vereinbarung gilt mit der Maßgabe, dass für eine Übergangszeit bis 31.3.2010 eine maximale Punkteanzahl von 8 Punkten erreicht werden kann. Erst ab 1.4.2010 erfolgt die Bewertung mit maximal 6 Punkten.

(2) Diese gesamtvertragliche Vereinbarung kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief aufgekündigt werden. Im Falle der Aufkündigung werden die Vertragsparteien ohne Verzug Verhandlungen über den Abschluss einer neuen gesamtvertraglichen Vereinbarung aufnehmen.

St. Pölten, am 17.12.2008

Anlage 1

S T E L L E N A U S S C H R E I B U N G
F R E I E V E R T R A G S A R Z T S T E L L E N

Ausschreibung von freien Vertragsarztstellen durch die niederösterreichischen § 2-Krankenversicherungsträger im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Niederösterreich für die nachstehend angeführten Planstellen mit einer Mindestordinationszeit von 20 Stunden pro Woche und der gesetzlichen Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung:

Ärzte für Allgemeinmedizin
in .....
in .....

Fachärzte
für ..... in .....
für ..... in .....

Ende der Bewerbungsfrist: ..... (Einlangen bei der Ärztekammer für Niederösterreich)

Folgende Unterlagen sind im Original oder in beglaubigter Abschrift und, sofern sie nicht in deutscher Sprache abgefasst sind, in beglaubigter Übersetzung vorzulegen:

1. schriftliche Bewerbung,
2. Nachweis der österreichischen Staatsbürgerschaft oder der Staatsangehörigkeit einer der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft oder der Staatsangehörigkeit eines Vertragsstaates eines Abkommens mit den Europäischen Gemeinschaften und ihren Mitgliedstaaten, welches die Mitgliedstaaten zur Inländergleich-

behandlung hinsichtlich des Niederlassungsrechtes und des Dienstleistungsverkehrs verpflichtet (Assoziationsstaaten),

3. Nachweis darüber, dass der Präsenz-, Zivil- oder Ausbildungsdienst zum Zeitpunkt der Invertragnahme abgeleistet ist bzw. Nachweis der dauernden Untauglichkeit,

4. Nachweis ausreichender Kenntnisse der deutschen Sprache,

5. Nachweis über ein in Österreich erworbenes oder nostrifiziertes Doktorat der gesamten Heilkunde bzw. ein in einem anderen EWR-Staat erworbenes Diplom,

6. Nachweis über die Berechtigung zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes als Arzt für Allgemeinmedizin bzw. als Facharzt des betreffenden Sonderfaches zum Bewerbungszeitpunkt,

7. Nachweis über die Erlangung eines ÖÄK-Diploms, eines ÖÄK-Notarztzertifikats oder über die Absolvierung eines Zusatzfaches,

8. Curriculum vitae (nicht handgeschrieben) und

9. Bewerbungsfragebogen.

Ist die Notwendigkeit für ein Hearing laut § 12 der gesamtvertraglichen Vereinbarung betreffend Niederlassungsrichtlinien gegeben, nimmt ein zum Hearing geladener Bewerber den vorgesehenen Termin jedoch nicht wahr, so kommt die Nichtteilnahme am Hearing grundsätzlich einem Zurückziehen der Bewerbung gleich. Selbiges gilt für den Fall, dass ein Erstgereihter ohne ausreichende Begründung der Einladung zum Vorstellungsgespräch gemäß § 11 nicht nachkommt.

Der Hearingtermin bzw. der Termin für ein allfälliges Vorstellungsgespräch für das ..... Quartal wurde für ..... festgesetzt.

Wichtige Hinweise im Zusammenhang mit einer Bewerbung um eine Kassenplanstelle:

Um eine Bewerbung berücksichtigen zu können, müssen sämtliche notwendigen Voraussetzungen zum Bewerbungszeitpunkt gegeben sein und die erforderlichen Unterlagen mit Ablauf der Bewerbungsfrist in der Ärztekammer für Niederösterreich vorliegen. Insbesondere ist auch auf das präzise Ausfüllen sowie Unterschreiben des Bewerbungsfragebogens zu achten. Geleistete Vertretungstage sind auf dem Bewerbungsfragebogen anzugeben, können jedoch nur dann angerechnet werden, wenn der vertretene Arzt diese in der Ärztekammer für Niederösterreich gemeldet hat. Notärztliche Tätigkeiten sind mittels Bestätigungen nachzuweisen, wobei die Anzahl der Dienste ersichtlich sein muss. Was geleistete Wochentags-Nachtbereitschaftsdienste betrifft, so erfolgt der Nachweis mittels einer internen Bestätigung, die im Falle einer Bewerbung automatisch ausgestellt wird.
Die Kriterien der Notarzttätigkeit und der Teilnahme am Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst sind ausschließlich für Bewerber um Kassenplanstellen für Allgemeinmedizin relevant. Zusätzlich sei darauf verwiesen, dass die Anrechnung des Notarztzertifikats und die Berücksichtigung der notärztlichen Tätigkeit nur dann möglich sind, wenn die aufrechte Berechtigung als Notarzt auf Grund der gemäß § 40 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 besuchten Fortbildungsveranstaltung zum Bewerbungszeitpunkt besteht. Nach Ablauf der Bewerbungsfrist ist eine Berücksichtigung von Bestätigungen bzw. Diplomen auch bei entsprechendem Nachweis nicht mehr möglich. Obwohl es nicht verpflichtend ist, empfehlen wir Bewerbern um eine Kassenplanstelle trotzdem, ihre Bewerbungsunterlagen persönlich in der Ärztekammer für Niederösterreich abzugeben - um vorherige Terminvereinbarung wird ersucht (Ärzte für Allgemeinmedizin – Fr. Eisenbarth, DW 225; allgemeine Fachärzte – Fr. Grünberger, DW 246).

Erläuterungen zur Bewerberliste (bisher Reihungsliste):

Die seit März 2002 geführte Bewerberliste (bisher Reihungsliste) wird weitergeführt und eventuell bereits bestehende Zeiten werden nach den neuen Bewertungskriterien gemäß § 7 Abs. 4 der gesamtvertraglichen Vereinbarung übernommen, womit ein erneuter Antrag auf Aufnahme nicht notwendig ist. Ist ein Arzt noch nicht in die

Bewerberliste eingetragen, so erfolgt die Eintragung automatisch im Fall einer ordnungsgemäßen Bewerbung um eine konkrete Planstelle.

Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG

G R U P P E N P R A X E N – G E S A M T V E R T R A G
vom 1. April 2009

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich, Kurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden kurz Kammer genannt) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die in § 2 angeführten Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese andererseits.

§ 1
Grundlagen

(1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341 und 342 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955 in der jeweils gültigen Fassung sowie gemäß § 66 Abs. 2 Z 8 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I 1998/169 in der jeweils gültigen Fassung, zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung für die bei den in § 2 angeführten Krankenversicherungsträgern Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden kurz Anspruchsberechtigte genannt) abgeschlossen.

(2) Vertragsparteien im Sinne dieses Gesamtvertrages sind die Kammer einerseits sowie die in § 2 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

(3) Als Vertrags-Gruppenpraxen (im Folgenden V-GP) kommen ausschließlich ärztliche Gesellschaften nach den geltenden Bestimmungen über Gruppenpraxen (im Folgenden GP) des ASVG und des Ärztegesetzes in der jeweils gültigen Fassung in Betracht.

(4) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

§ 2
Geltungsbereich

(1) Dieser Gesamtvertrag wird vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für folgende Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese abgeschlossen:

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3

Wiener Gebietskrankenkasse
1100 Wien, Wienerbergstraße 15-19

Sozialversicherungsanstalt der Bauern
1030 Wien, Ghegastraße 1

Betriebskrankenkasse Mondi
3363 Ulmerfeld-Hausmening, Theresienthalstraße 50

Betriebskrankenkasse Austria Tabak
1160 Wien, Thaliastraße 125b

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt).

§ 3
Formen der Zusammenarbeit

(1) Als Gesellschafter einer V-GP kommen Ärzte folgender Fachrichtungen in Betracht:

Ärzte für Allgemeinmedizin,
Fachärzte für Lungenkrankheiten,
Fachärzte für Augenheilkunde und Optometrie,
Fachärzte für Chirurgie,
Fachärzte für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe,
Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
Fachärzte für Innere Medizin,
Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde,
Fachärzte für Neurologie,
Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin,

Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie,
Fachärzte für Unfallchirurgie und
Fachärzte für Urologie.

(2) Folgende GP-Modelle werden vereinbart:

1. V-GP auf Grund einer Zusammenlegung an einem Standort (Zusammenlegungspraxis, kurz ZLP): Zwei oder mehrere Vertragsärzte am gleichen im Stellenplan ausgewiesenen Niederlassungsort schließen sich zu einer V-GP zusammen.

2. V-GP als originär vereinbarte V-GP (kurz originäre GP): Bei durch die Gesamtvertragsparteien festgestelltem Bedarf kann eine GP originär mit zwei oder mehreren Gesellschaftern ausgeschrieben werden.

3. Teilung einer Planstelle (Jobsharingpraxis, kurz JSP): Max. drei Ärzte teilen sich eine bestehende Vertragsarztstelle, d. h. der Seniorpartner (kurz SP) und Inhaber der bestehenden Vertragsarztstelle teilt sich diese mit einem oder zwei Juniorpartner(n) (kurz JP).

4. GP zur Nachfolgeregelung (Nachfolgepraxis, kurz NFP): Der Inhaber einer Vertragsarztstelle (SP) teilt sich kurz vor Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit die Vertragsarztstelle mit einem JP, mit der Intention eines sukzessiven Rückzuges des SP von der vertragsärztlichen Tätigkeit und eines geordneten Übergangs des Einzelvertrages auf den JP. Zum Zeitpunkt des Endes der NFP erlangt der JP den Einzelvertrag.

5. Fachgleiche, aber intern spezialisierte GP: Max. drei Ärzte der gleichen Fachrichtung, die sich auf unterschiedliche Zusatzfächer spezialisiert haben, teilen sich eine bestehende Vertragsarztstelle, d. h. der SP und Inhaber der bestehenden Vertragsarztstelle teilt sich diese mit einem oder zwei JP.

6. GP auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin: Bei durch die Gesamtvertragsparteien festgestelltem Bedarf kann eine GP auf dem Fachgebiet Neurologie/Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin gebildet werden.

(3) Die V-GP des Abs. 2 Z 1 und 2 sind zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen, die V-GP des Abs. 2 Z 3 bis 5 nur zwischen Ärzten der gleichen Fachrich-

tung möglich, die GP nach Abs. 2 Z 6 zwischen Ärzten auf dem Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin.

§ 4
Voraussetzungen für V-GP

Vor Vertragsbeginn müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

(1) Allgemeine Voraussetzungen:

- Vorlage des von den Gesellschaftern gezeichneten Gesellschaftsvertrages sowie
- Vorlage eines Firmenbuchauszuges.

(2) Besondere Voraussetzungen für die einzelnen GP-Modelle:

1. ZLP:

- Gemeinsamer Antrag der beteiligten Vertragsärzte an die Kammer und den Versicherungsträger auf Abschluss eines Einzelvertrages mit der GP.
- Einverständniserklärung der Vertragsärzte, dass ihre jeweiligen kurativen Einzelverträge für die Dauer des aufrechten Einzelvertrages mit der GP ruhen.
- Zustimmung des Versicherungsträgers zur Vergabe des Einzelvertrages an die GP. Diese Zustimmung ist zu erteilen, wenn die beteiligten Vertragsärzte am selben im Stellenplan ausgewiesenen Niederlassungsort tätig sind. Sind die Ordinationssitze niederlassungsortübergreifend, bedarf es der Zustimmung von Kammer und Versicherungsträger.

2. Originäre GP:

- Zustimmung von Kammer und Versicherungsträger auf Basis der vertragsärztlichen Stellenplanung zur Ausschreibung einer originären GP.
- Verbindliche Bereitschaftserklärung der Ärzte, mit dem (den) nach einer Ausschreibung nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages ausgewählten Stellenbewerber(n) eine GP nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages zu gründen.

- Zustimmung von Kammer und Versicherungsträger zur Vergabe des Einzelvertrages an die GP.

3. JSP:

   - Verbindliche Bereitschaftserklärung des Vertragsarztes, dessen Stelle geteilt werden soll, mit dem (den) nach einer Ausschreibung nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages ausgewählten Stellenbewerber(n) eine GP nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages zu gründen.

   - Einverständniserklärung des Vertragsarztes, dass sein kurativer Einzelvertrag während der Laufzeit des Einzelvertrages mit der neu zu gründenden GP ruht.

4. NFP:

   - Aufrechtes Vertragsverhältnis zum Versicherungsträger beim SP seit zumindest fünf Jahren.

   - Antrag des SP auf eine NFP mit einem Zeitrahmen bis zu einem Jahr vor der geplanten Zurücklegung des kurativen Einzelvertrages. Wird von den Gesamtvertragsparteien innerhalb von 14 Tagen kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zum Antrag des SP.

   - Kündigung des kurativen Einzelvertrages durch den SP zum vorgesehenen Endzeitpunkt der NFP.

   - Einverständniserklärung des SP, dass sein Einzelvertrag während der Laufzeit des Einzelvertrages mit der GP ruht.

   - Verbindliche Bereitschaftserklärung des SP, mit dem nach einer Ausschreibung nach diesem Gesamtvertrag ausgewählten Partner eine GP nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages zu gründen.

5. Fachgleiche aber intern spezialisierte GP:

   - Verbindliche Bereitschaftserklärung des Arztes, dessen Stelle geteilt werden soll, mit dem (den) nach einer Ausschreibung nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages ausgewählten Stellenbewerber(n) eine GP nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages zu gründen.

   - Einverständniserklärung des Vertragsarztes, dass sein kurativer Einzelver-

trag während der Laufzeit des Einzelvertrages mit der neu zu gründenden GP ruht.

6. GP im Bereich Neurologie/Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin:

   - Der Teilung der ärztlichen Fachrichtung „Neurologie und Psychiatrie“ in Fachärzte für Neurologie und solche für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin wird insofern Rechung getragen, indem vakante Vertragsarztstellen als GP für zwei Ärzte, und zwar einem Facharzt für Neurologie und einem für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin ausgeschrieben werden können bzw. an einer bestehenden Facharztstelle eine GP mit einem Arzt der jeweils anderen Fachrichtung gegründet werden kann.

   - Zustimmung von Kammer und Versicherungsträger auf Basis der vertragsärztlichen Stellenplanung zur Ausschreibung einer GP im Bereich Neurologie/Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin bzw.

   - Antrag des Inhabers einer Vertragsarztstelle (SP) an die Kammer und an den Versicherungsträger auf Gründung einer GP mit einem Facharzt des anderen Fachgebietes, Ausschreibung und Abschluss eines Einzelvertrages mit der GP.

   - Einverständniserklärung des SP, dass sein kurativer Einzelvertrag für die Dauer des aufrechten Einzelvertrages mit der GP ruht.

   - Verbindliche Bereitschaftserklärung der Ärzte, mit dem nach einer Ausschreibung nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages ausgewählten Partner eine GP nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages zu gründen.

   - Zustimmung des Versicherungsträgers zur Vergabe des Einzelvertrages an die GP.

(3) Der Gesellschaftsvertrag und ein Firmenbuchauszug über die gegründete GP sind der Kammer und dem Versicherungsträger so rasch wie möglich, längstens binnen 14 Tagen ab Eintragung ins Firmenbuch, vorzulegen. Dies gilt auch für jede Änderung des Gesellschaftsvertrages oder für Änderungen im Firmenbuch. Der Einzelvertrag mit der GP beginnt mit dem auf die Eintragung der GP in das Firmenbuch folgenden Quartalsersten, wenn der Gesellschaftsvertrag inhaltlich den Regelungen dieses Gesamtvertrages nicht widerspricht und nicht einvernehmlich zwischen der V-GP und dem Versicherungsträger ein anderer Vertragsbeginn vereinbart wird.

(4) Jeder Arzt darf nur Gesellschafter einer V-GP sein. Ein Gesellschafter kann auch nicht gleichzeitig Inhaber eines kurativen Einzelvertrages mit einer Einzelpraxis sein. Approbierte Ärzte können nicht Gesellschafter einer V-GP sein.

§ 5
Festsetzung der Zahl und Verteilung der V-GP

(1) Die Zahl der V-GP und ihre örtliche Verteilung werden unter Berücksichtigung der Zahl und der Verteilung der Vertragsärzte mit kurativen Einzelverträgen und der Zahl der Anspruchsberechtigten im Einvernehmen zwischen den Gesamtvertragsparteien festgesetzt.

(2) Bei der örtlichen Verteilung der V-GP ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen und der Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Beschäftigungsort die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert sein muss. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten und/oder V-GP freigestellt sein.

(3) Stellenpläne für V-GP sind in bestehende Stellenpläne für Einzelordinationen im Sinne einer einheitlichen Stellenplanung einzugliedern, wobei insbesondere auf die geografische Verteilung und eine adäquate Wahlmöglichkeit der Anspruchsberechtigten Rücksicht zu nehmen ist. Im Rahmen dieser einheitlichen Stellenplanung ist auf die Anzahl der tatsächlich tätigen Ärzte abzustellen. Weiters ist in der Stellenplanung festzulegen, welche konkret vorgesehenen GP als zusätzliche neue Stellen oder an Stelle bereits bestehender Einzelvertragsstellen geschaffen werden.

(4) Wird ein Einvernehmen über die Zahl der V-GP, ihre örtliche Verteilung sowie über beantragte Abänderungen der festgesetzten Zahl und der Verteilung nicht erzielt, so entscheidet darüber die Landesschiedskommission.

§ 6
Ausschreibung freier Vertrags-Gruppenpraxenstellen oder freier Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterstellen

(1) Die rechtsverbindliche Ausschreibung freier Vertrags-Gruppenpraxenstellen oder freier Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterstellen erfolgt durch den Versicherungsträger einmal monatlich, spätestens bis zum zehnten des Kalendermonates unter Angabe der Art der GP (originäre GP, JSP, NFP, fachgleiche aber intern spe-

zialisierte GP, GP auf den Fachgebieten Neurologie/Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin), der Fachrichtungen in der GP und der wesentlichen Bedingungen der Zusammenarbeit (zukünftige/r Partner/in, zu erwartender Anteil an der GP usw.) im Internet und wird über Ersuchen des Versicherungsträgers von der Kammer auf deren Homepage (derzeit www.arztnoe.at) veröffentlicht. Im Mitteilungsblatt der Kammer (derzeit NÖ Consilium) erfolgt eine Information über ausgeschriebene Kassenplanstellen unter Hinweis auf die Ausschreibung im Internet. Der jeweils konkrete Wortlaut der Ausschreibung ist zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren, wobei bis zum Abschluss einer diesbezüglichen gesamtvertraglichen Vereinbarung die Niederlassungs-Richtlinien für Einzelpraxen sinngemäß zur Anwendung gelangen. Die sich gemeinsam bewerbenden Ärzte sind als Team zu bewerten.

(2) Keiner Ausschreibung bedarf die Gründung einer ZLP. In diesem Fall ist der beabsichtigte Zusammenschluss Kammer und Versicherungsträger nachweislich bekannt zu geben, die die Voraussetzungen zu prüfen haben. Der Bedarf ist als gegeben anzunehmen. Wird seitens der Kammer oder des Versicherungsträgers innerhalb von vier Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht kein Einspruch erhoben, so gilt dies als Zustimmung zur Gründung der V-GP. Wird ein Einspruch erhoben, haben die Einzelvertragsinhaber zu entscheiden, ob sie sich dennoch zu einer GP zusammenschließen wollen, und dies der beeinspruchenden Stelle mitzuteilen. Wird die GP trotz Einspruches begründet, gilt dies als Kündigung der Einzelverträge seitens der teilnehmenden Ärzte. Das jeweilige Einzelvertragsverhältnis endet mit Ablauf des Quartals, in dem die Gründung der GP erfolgt.

(3) Die Anträge auf Vertragsabschluss sind innerhalb der Ausschreibungsfrist schriftlich bei der Kammer einzureichen. Die in der Ausschreibung bezeichneten Zeugnisse und Nachweise sind im Original oder in beglaubigter Abschrift beizuschließen.

§ 7
Auswahl der V-GP/Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafter

(1) Die Auswahl einer GP aus mehreren sich bewerbenden GP bzw. die Auswahl des Arztes für die freie Gesellschafterstelle in einer GP bei mehreren sich bewerbenden Ärzten im Falle einer Ausschreibung gemäß § 6 Abs. 1 bedarf des Einvernehmens zwischen Kammer und Versicherungsträger.

(2) Die Auswahl einer GP bzw. die Auswahl der Ärzte als Gesellschafter für eine V-GP und das Auswahlverfahren hat nach den Bestimmungen der Reihungskrite-

rien-Verordnung und der Niederlassungs-Richtlinien für GP, die zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren sind, zu erfolgen. § 6 Abs. 1 gilt entsprechend.

(3) Angestellte Ambulatoriumsärzte eines im § 2 genannten Versicherungsträgers dürfen nicht gleichzeitig Gesellschafter einer V-GP dieses Versicherungsträgers sein. Sonstige angestellte Ärzte (Chefärzte, Kontrollärzte und dergleichen) dürfen nicht gleichzeitig Gesellschafter einer V-GP ihres Versicherungsträgers sein. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

§ 8
Einzelvertragsverhältnis

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsträger und der GP wird durch den Abschluss eines GP-Einzelvertrages begründet.

(2) Durch den Einzelvertrag mit der GP entsteht kein Anstellungsverhältnis zwischen den Gesellschaftern der V-GP und dem Versicherungsträger.

(3) Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird vom Versicherungsträger der Kammer übermittelt.

(4) Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus dem GP-Gesamtvertrag, den zwischen den Parteien des GP-Gesamtvertrages abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und dem GP-Einzelvertrag.

§ 9
Abschluss des Einzelvertrages

(1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen der GP und dem Versicherungsträger ist der in Beilage 2 beigefügte Mustereinzelvertrag zu Grunde zu legen. Dieser bildet einen Bestandteil dieses Gesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Mustereinzelvertrag sowie besondere Vereinbarungen im § 3 des Einzelvertrages können mit der V-GP nur im Einvernehmen mit der Kammer vereinbart werden. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.

(2) Der Versicherungsträger hat der V-GP den Einzelvertrag innerhalb von zwei Wochen nach einvernehmlicher Auswahl oder nach Rechtskraft der Entscheidung der zuständigen Schiedskommission zur Unterfertigung auszufolgen.

(3) Das Vertragsverhältnis beginnt jeweils zu dem Quartalsbeginn, der auf das Einlangen des von der V-GP unterfertigten GP-Einzelvertrages beim Versicherungsträger folgt. Abweichungen sind einvernehmlich zulässig.

(4) Der Versicherungsträger stellt der Kammer eine Abschrift des GP-Einzelvertrages zur Verfügung.

(5) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich, ausgenommen der Einzelvertrag mit einer NFP, auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. In besonderen Fällen kann im Einvernehmen zwischen Kammer und Versicherungsträger der Einzelvertrag auch auf bestimmte Zeit abgeschlossen werden. Das Kündigungsrecht der GP und des Versicherungsträgers wird durch eine eventuelle Befristung nicht berührt.

(6) Der Einzelvertrag mit einer NFP wird auf maximal ein Jahr befristet abgeschlossen.

§ 10
Gesellschafterwechsel/Vergrößerung bzw. Verkleinerung der GP

(1) Die V-GP hat personelle Änderungen in der V-GP Kammer und Versicherungsträger mit eingeschriebenem Brief anzuzeigen.

(2) Ist auf Grund eines zwischen Kammer und Versicherungsträger festgestellten Bedarfes eine Gesellschafterstelle nach zu besetzen, findet § 6 und die Niederlassungs-Richtlinien Anwendung. Dies gilt auch für die ZLP, wenn der Einzelvertrag des ausscheidenden Gesellschafters nicht wieder auflebt und zwischen Kammer und Kasse der Fortbestand der V-GP festgelegt wird.

(3) Die Vergrößerung einer bereits bestehenden V-GP bedarf bei bestehendem Bedarf des Einvernehmens von Kammer und Versicherungsträger. § 6 und die Niederlassungs-Richtlinien sind anzuwenden. Im Fall der Reduktion der Anzahl der Gesellschafter bedarf es des Einvernehmens zwischen dem Versicherungsträger, der Kammer und den Gesellschaftern der betreffenden V-GP.

§ 11
Behindertengerechte Ordination

(1) Die Ordinationsstätte der V-GP hat den Bestimmungen der ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für Behin-

derte und alte Menschen“ in dem im Beilage 1 vorgesehenen Ausmaß zu entsprechen.

(2) Wird eine GP in Räumlichkeiten errichtet, die davor nicht als Arztordinationen genutzt wurden, so hat eine sofortige Umsetzung zu erfolgen.

(3) Für eine GP, welche in einer bestehenden Arztordination errichtet wird, gilt eine dreijährige Übergangsfrist, in der die Umsetzung erfolgen muss.

(4) Die V-GP ist verpflichtet, anlässlich ihrer Errichtung bei der zuständigen Behörde einen Antrag auf Widmung eines behindertengerechten Parkplatzes, der für die Dauer der Ordinationszeiten zur Verfügung steht, zu stellen und gegebenenfalls einen gesetzlich vorgesehenen Rechtsweg auszuschöpfen.

§ 12
Wechsel der Ordinationsstätte

(1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte der V-GP innerhalb des im Stellenplan ausgewiesenen Niederlassungsortes ist Kammer und Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben. Wird innerhalb von zwei Wochen von den Vertragsparteien kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zum Fortbestand des Einzelvertrages. Im Falle eines Einspruches entscheidet auf Antrag der V-GP die Paritätische Schiedskommission.

(2) Der Wechsel der Ordinationsstätte bei Fortbestand des Einzelvertragsverhältnissen ist erst zulässig, wenn kein Einspruch gemäß Abs. 1 erhoben wurde oder die Paritätische Schiedskommission dem Wechsel der Ordinationsstätte zugestimmt hat.

(3) Ein Wechsel des vertraglichen Berufssitzes außerhalb des Niederlassungsortes ist nur im Rahmen eines neuerlichen Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens zulässig.

§ 13
Stellvertretung

(1) Die Gesellschafter einer V-GP haben sich grundsätzlich im Falle einer persönlichen Verhinderung gegenseitig zu vertreten. Zum Vertreter eines Gesellschafters kann nur ein Arzt desselben Fachgebietes und mit Ausbildung im selben Spezialgebiet herangezogen werden, sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht.

(2) Sofern die Vertretung in der Ordination der GP nicht durch einen anderen Gesellschafter erfolgt und länger als zwei Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung Kammer und Versicherungsträger schriftlich bekannt zu geben. Dauert die Vertretung länger als drei Monate, so können Kammer und Versicherungsträger gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben. Wird ein Einspruch im Einvernehmen der Vertragsparteien erhoben, so ist die V-GP verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem die Kammer und der Versicherungsträger einverstanden sind. Kommt die V-GP dieser Verpflichtung innerhalb von vier Wochen nicht nach, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses. Der Vertreter in der Ordination der GP hat den Stempel der V-GP zu verwenden und mit dem Zusatz „i. V." zu unterfertigen.

(3) Unter vorheriger Absprache ist eine Vertretung auch außerhalb der Ordination der GP durch einen anderen Vertragsarzt oder eine andere V-GP möglich. Die V-GP hat die Anspruchsberechtigten in geeigneter Weise auf die Vertretung hinzuweisen. Abs. 2 gilt sinngemäß.

§ 14
Ärztliche Behandlung

(1) Die ärztliche Behandlung der Anspruchsberechtigten obliegt der V-GP nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages. Die ärztliche Behandlung ist grundsätzlich durch die Gesellschafter der V-GP selbst auszuüben.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung der Gesellschafter der V-GP und der der V-GP zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen des Versicherungsträgers zu begründen.

(3) Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

(4) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung der Versicherungsträger nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Besei-

tigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden vom Versicherungsträger nicht vergütet.

(5) Die Gesellschafter der V-GP werden ärztliche Leistungen im Falle der Anspruchsberechtigung für die Behandlung ihrer eigenen Person, der Ehegatten, der Kinder, Enkel und Eltern, soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben, dem Versicherungsträger nicht verrechnen; sie sind jedoch zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung der Versicherungsträger in diesen Fällen berechtigt.

§ 15
Behandlung in der Ordination

(1) Die Behandlungspflicht in der Ordination besteht gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die die V-GP aufsuchen. Getrennte Wartezimmer (und unterschiedliche Ordinationszeiten) für Kassen- und Privatpatienten sowie die Bevorzugung von Privatpatienten oder Patienten anderer Versicherungsträger vor den Anspruchsberechtigten sind unzulässig.

(2) Die V-GP hat die mit dem Versicherungsträger vereinbarten Ordinationszeiten nach Möglichkeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die dem Versicherungsträger bekannt gegebenen Ordinationszeiten, sofern dieser dagegen keinen Einspruch erhebt. Kommt über eine von der V-GP beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.

(3) Die Anwesenheitszeiten der Gesellschafter der V-GP müssen gegenüber den Patienten transparent sein (freie Arztwahl).

(4) Nur in medizinisch dringenden Fällen (z. B. Erste-Hilfe-Leistung) haben die Gesellschafter der V-GP auch außerhalb der vereinbarten Ordinationszeiten ärztliche Hilfe zu leisten.

(5) Die Ordinationszeiten der Gesellschafter der V-GP dürfen mit Ausnahme von Krankenbesuchen grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumlichkeiten der GP ausgeübt werden. Ausnahmen sind im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

(6) Die genauen Ordinationszeiten werden im Einzelvertrag geregelt, wobei für die einzelnen GP-Modelle folgende Besonderheiten gelten:

1. ZLP, originäre GP und GP auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin:
   Die Mindestöffnungszeiten der V-GP mit zwei Gesellschaftern betragen 30 Wochenstunden, ab drei Gesellschaftern 40 Wochenstunden. Die GP hat an fünf Werktagen pro Woche geöffnet zu sein, wobei an zwei Werktagen die Ordinationsstätte nach 15.00 Uhr geöffnet sein muss. Werden an einem Samstag Ordinationszeiten vereinbart, so kann die Ordinationszeit an einem anderen Werktag bzw. an einem Nachmittag entfallen.

2. JSP, NFP und fachgleiche aber intern spezialisierte GP:
   Die Mindestöffnungszeiten der V-GP betragen 20 Wochenstunden. Die GP hat an vier Werktagen pro Woche geöffnet zu sein, wobei an zwei Werktagen die Ordinationsstätte nach 15.00 Uhr geöffnet sein muss. Werden an einem Samstag Ordinationszeiten vereinbart, so kann die Ordinationszeit an einem anderen Werktag bzw. an einem Nachmittag entfallen.

(7) Berufsrechtlich ist es den Gesellschaftern einer V-GP möglich, eine Zweitordination zu betreiben. Erbringen sie dort Leistungen im selben Fachgebiet, in dem sie auch in der V-GP tätig sind, so sind diese Leistungen keine Vertragsleistungen und eröffnen für den Patienten auch keine Möglichkeit einer Kostenerstattung. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen Kammer und Versicherungsträger möglich. Die V-GP selbst darf keine Zweitordination betreiben.

§ 16
Krankenbesuch

(1) Krankenbesuche sind von den Gesellschaftern der V-GP durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen der Ordination der V-GP nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind Krankenbesuche nach Möglichkeit bis 9.00 Uhr bei der GP anzumelden.

(2) Für einen Arzt für Allgemeinmedizin als Gesellschafter einer V-GP besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen, wenn er als nächst erreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird. In geschlossenen Orten bis 5.000 Einwohner gelten grundsätzlich alle Ärzte für Allgemeinmedizin als nächst erreichbar. In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern ist ein Arzt für Allgemeinmedizin als Gesellschafter einer V-GP in der Regel nur innerhalb eines Umkreises von einem Kilometer – gerechnet von der Ordi-

nationsstätte der GP – zu Krankenbesuchen verpflichtet, es sei denn, dass er als nächst erreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird.

(3) Für einen Facharzt in einer V-GP besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen nur dann, wenn der Erkrankte schon in seiner Behandlung steht, nicht ausgehfähig ist und am Niederlassungsort der V-GP oder innerhalb eines Umkreises von fünf Kilometern – gerechnet von der Ordinationsstätte – wohnt oder wenn er vom behandelnden Vertragsarzt/der behandelnden V-GP als nächst erreichbarer Facharzt berufen wird.

(4) Eine zu einem Krankenbesuch nicht verpflichtete V-GP ist berechtigt, dem Versicherungsträger den Krankenbesuch einschließlich jener Wegegebühren zu verrechnen, die bei Inanspruchnahme eines zur Behandlung verpflichteten Arztes aufgelaufen wären. Die Mehrkosten kann die V-GP dem Anspruchsberechtigten unmittelbar verrechnen.

§ 17
Inanspruchnahme von fachärztlichen V-GP

(1) Fachärztliche V-GP können vom Anspruchsberechtigten unmittelbar oder auf schriftliche Zuweisung von außen in Anspruch genommen werden. Abweichungen werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(2) Die fachärztliche V-GP soll Anspruchsberechtigte, die nach ihrem Ermessen keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, einem Vertragsarzt oder einer V-GP für Allgemeinmedizin überweisen. Diesen sind hierbei die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

(3) Die fachärztliche V-GP hat Anspruchsberechtigte, die ihr zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages zurück zu überweisen.

§ 18
Zuweisung zu Vertragsärzten (Vertragseinrichtungen)

Falls von der V-GP die erforderlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen der Anspruchsberechtigten nicht selbst durchgeführt werden können und auch keine entsprechenden Vorbefunde bekannt sind, hat sie – unter Verwendung der entspre-

chenden Vordrucke oder sonstigen Vorgaben – grundsätzlich zu einem Vertragsarzt/einer V-GP (Vertragseinrichtung) zuzuweisen. Hinsichtlich der Auswahl des Vertragspartners ist auf die Ökonomie besonders Bedacht zu nehmen. Eine Zuweisung zu einem Wahlarzt (Wahleinrichtung) ist nur dann zulässig, wenn ein Vertragspartner in zumutbarer Entfernung nicht zur Verfügung steht oder wenn der Patient dies ausdrücklich wünscht. Die Anspruchsberechtigten sind darauf hinzuweisen, dass sie bei Inanspruchnahme des Wahlarztes/der Wahl-GP (der Wahleinrichtung) die Kosten zunächst selbst zu bezahlen haben.

§ 19
Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen

(1) Ist die Durchführung ärztlicher Leistungen von einer Genehmigung des Versicherungsträgers abhängig, so hat die V-GP dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage beim Versicherungsträger auszuhändigen.

(2) Der Versicherungsträger darf die Genehmigung nicht von der Durchführung in kasseneigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) abhängig machen.

§ 20
Nachweis der Anspruchsberechtigung

(1) Jeder Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, vor der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe in der V-GP unaufgefordert die e-card vorzulegen bzw. im Falle der Nichtvorlage der e-card die Sozialversicherungsnummer zum Zwecke der Prüfung der Anspruchsberechtigung bekannt zu geben. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten geprüft werden.

(2) Ärztliche Leistungen können auf Rechnung des Versicherungsträgers nur innerhalb jenes Kalendervierteljahres erbracht werden, für welches eine positive Online-Anspruchsprüfung durchgeführt wurde. Ab Einführung des elektronischen Rezeptes, jedenfalls ab 1.1.2009, ist die e-card bei jeder Inanspruchnahme der V-GP einzulesen.

(3) Erkrankte, deren Anspruchsberechtigung nicht im Sinne des Abs. 1 nachgewiesen werden kann, dürfen grundsätzlich außer in den in der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 7.12.2005 genannten Fällen auch dann nicht behandelt werden, wenn sie der V-GP von früheren Behandlungen als Anspruchsberechtigte bekannt sind.

(4) Die V-GP ist berechtigt, von Erkrankten, bei denen eine Online-Anspruchsprüfung nicht möglich ist (keine Vorlage der e-card und Sozialversicherungsnummer nicht bekannt), kein positives Ergebnis gebracht hat bzw. bei Nichtvorlage der e-card nicht durchgeführt wird, bei jeder Konsultation einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die e-card innerhalb von zwei Wochen vom Patienten nachgebracht und eine positive Online-Anspruchsprüfung durchgeführt, ist dieser Betrag von der V-GP zurückzuerstatten.

§ 21
Sonn- und Feiertagsdienst

Die Gesellschafter der V-GP sind zur Teilnahme an dem von der Kammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst im Ausmaß der besetzten Planstelle(n) verpflichtet. Ist ein solcher eingerichtet, sind die Versicherungsträger von der Diensteinteilung zu verständigen.

§ 22
Konsilium

Wenn es aus medizinischen Gründen geboten ist, kann die V-GP in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte zur Verfügung stehen, den fachlich zuständigen Vertragsfacharzt zu einem Konsilium berufen, sonst ist in der Regel der nächst erreichbare Vertragsarzt zu berufen.

§ 23
Betreuungsfälle

(1) Soweit der Versicherungsträger zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Krankenversicherungsträger verpflichtet ist, übernimmt die V-GP die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers gelten, mit dem die V-GP im Vertragsverhältnis steht. Das Gleiche gilt für jene Personen, die vom Krankenversicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsopferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes und des Strafvollzugsgesetzes zu betreuen sind.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten auch für nicht krankenversicherte Personen, deren Unfallheilbehandlung von einem österreichischen Träger der Unfallversi-

cherung einem Krankenversicherungsträger übertragen wurde, sofern über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen eine Sondervereinbarung zwischen den Vertragsparteien zu Stande kommt.

(3) Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen einem österreichischen Krankenversicherungsträger zur Betreuung überwiesen werden, sind den Anspruchsberechtigten nach Abs. 1 gleichzustellen, sofern es sich um Grenzgänger oder um Dienstnehmer handelt, die sich zum Zwecke der Berufsausübung im Bundesgebiet aufhalten. Über diesen Personenkreis hinaus wird die ärztliche Behandlung durch die V-GP nur übernommen, sofern eine Sondervereinbarung über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen zwischen den Vertragsparteien zu Stande kommt.

§ 24
Ablehnung der Behandlung

Die V-GP ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Sie hat auf Verlangen des Versicherungsträgers diesem den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

§ 25
Anstaltspflege

(1) Wenn die Art der Erkrankung Anstaltspflege erfordert, beantragt die V-GP die Einweisung des Anspruchsberechtigten in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt. Wenn ärztliche Behandlung, nicht aber Anstaltspflege notwendig ist, jedoch die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege fehlt, so ist im Antrag darauf besonders hinzuweisen.

(2) Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung bedingt (Asylierung), ist ein Antrag auf Anstaltspflege nicht zu stellen.

(3) Im Falle der Dringlichkeit kann die V-GP die Aufnahme des Anspruchsberechtigten unmittelbar in die nächstgelegene, für die Behandlung des Krankheitsfalles geeignete Krankenanstalt veranlassen. Soweit eine geeignete Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder eine Vertragskrankenanstalt zur Verfügung steht, soll die Aufnahme in diese veranlasst werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand des Versicherungsträgers eintritt.

(4) Zur Beförderung des Anspruchsberechtigten in eine Krankenanstalt ist, sofern die Entfernung von der Krankenanstalt dies erfordert, grundsätzlich ein öffentliches Verkehrsmittel heranzuziehen. Nur in medizinisch begründeten Fällen kann die V-GP die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (z. B. Krankenauto) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung des Versicherungsträgers ist in jedem Fall von der V-GP zu bescheinigen.

§ 26
Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen

(1) Die V-GP ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten des Versicherungsträgers nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben.

(2) Die V-GP hat bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, die Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung in der jeweils gültigen Fassung sowie die in der jeweils gültigen Fassung unter Mitwirkung der Österreichischen Ärztekammer aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen zu beachten.

(3) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers sind die von diesem zur Verfügung gestellten Vordrucke und Stempel zu verwenden. Diese Vordrucke sind nach Tunlichkeit mit dem deutlichen Aufdruck des Stempels der V-GP, jedenfalls aber mit der Unterschrift des behandelnden Gesellschafters der V-GP, zu versehen, damit die Verordnungen dem jeweiligen Verordner zuordenbar sind. Werden die Formulare maschinell bedruckt, kann der Stempel der V-GP durch maschinelles Andrucken der Stempeldaten ersetzt werden.

(4) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstaltspflege befinden, dürfen während deren Dauer für Rechnung der Versicherungsträger Heilmittel nicht verschrieben werden.

(5) Zur Verwendung in der Ordination der V-GP dürfen von diesen auf Kosten des Versicherungsträgers Heilmittel, Verbandsmaterial und Reagenzien nur in dem für die Behandlung der Anspruchsberechtigten nötigen Ausmaß bezogen werden. Näheres wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(6) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 4 zu einer Mehrbelastung des Versicherungsträgers führt, so ist die V-GP vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 40 Anwendung.

§ 27
Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

(1) Die Maßnahmen des Versicherungsträgers zur Festigung der Gesundheit (Heilstätten-, Kur-, Landaufenthalte und dgl.) sind an seine vorherige Zustimmung gebunden. Die V-GP hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der hierfür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zu stellen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Der Antrag ist zu begründen. Medizinisch nicht begründete Wünsche der Anspruchsberechtigten soll schon die V-GP abweisen.

(2) Beabsichtigt der Versicherungsträger, Leistungen im Rahmen der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu gewähren, obwohl sich die V-GP dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger vorher den behandelnden Arzt der V-GP anzuhören.

§ 28
Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch die V-GP

(1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich der V-GP. Die Vertragsparteien können Abweichungen hievon vereinbaren.

(2) Die V-GP kann in Zweifelsfällen vor der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hiezu vom Versicherungsträger beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium und dgl.) einholen.

(3) Die V-GP kann dem arbeitsunfähig Erkrankten, soweit dies nach der Art der Erkrankung in Betracht kommt, eine Ausgehzeit bewilligen. Diese soll so festgesetzt werden, dass die Besorgung beruflicher Angelegenheiten nicht möglich ist und die Kontrolle des Arbeitsunfähigen durch den Versicherungsträger nicht behindert wird.

§ 29
Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch die V-GP

(1) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit von der behandelnden V-GP festgestellt wurde. Eine rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Tag steht nur dem Chef(Kontroll)arzt des Versicherungsträgers auf Grund eines Vorschlages der behandelnden V-GP zu. Die V-GP hat in der Regel am gleichen Tag, an dem sie die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt hat, die Krankenstandsmeldung an den Versicherungsträger auszufertigen.

(2) Die Krankenstandsmeldung ist entsprechend dem vorgesehenen Vordruck zu erstatten. Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsopferversorgungsgesetzes oder des Heeresversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das Gleiche gilt für Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z. B. Verkehrsunfall) besteht.

(3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben.

(4) Ein als arbeitsunfähig gemeldeter Versicherter, bei dem ärztliche Besuche nicht notwendig sind und der auch in keiner ambulanten Behandlung steht, ist anzuweisen, sich der V-GP fallweise vorzustellen, damit diese den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit oder den Eintritt der Arbeitsfähigkeit zeitgerecht feststellen kann.

(5) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem Aufenthalt in einer Heilstätte oder nach einem Kuraufenthalt Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.

§ 30
Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger

(1) Der Versicherungsträger ist berechtigt, durch die hiezu beauftragten Organe

(Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium und dgl.) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzustellen. In diesem Falle ist die behandelnde V-GP entsprechend zu unterrichten; die erhobenen Befunde sind ihr mitzuteilen.

(2) Ist die Arbeitsfähigkeit durch eine Verfügung eines Organes des Versicherungsträgers gemäß Abs. 1 festgestellt worden, so kann während des gleichen Krankheitsfalles eine Abänderung dieser Feststellung von der V-GP nur im Einvernehmen mit dem Organ des Versicherungsträgers vorgenommen werden.

(3) Beabsichtigt der Chef(Kontroll)arzt einen Versicherten, der durch die behandelnde V-GP nicht in den Krankenstand genommen wurde, arbeitsunfähig zu erklären, so ist der behandelnden V-GP vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(4) Ist die behandelnde V-GP mit einer Verfügung eines Organes des Versicherungsträgers gemäß Abs. 2 oder 3 nicht einverstanden, so ist sie berechtigt, dagegen schriftlich unter Anführung der medizinischen Gründe Einspruch zu erheben. Die endgültige Entscheidung steht dem Chefarzt des Versicherungsträgers zu.

§ 31
Mutterschaft

Die V-GP ist zur Betreuung (Beratung, Untersuchung, allenfalls Behandlung) der schwangeren Anspruchsberechtigten und zur Ausstellung der erforderlichen Bescheinigungen zur Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft und für die Erlangung von Leistungen aus dem Mutter-Kind-Pass verpflichtet.

§ 32
Auskunftserteilung

(1) Die V-GP ist zur Erteilung von Auskünften in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose, nur gegenüber den ordnungsgemäß ausgewiesenen bevollmächtigten Ärzten des Versicherungsträgers verpflichtet. Soweit es sich um Auskünfte in Fragen nicht medizinischer Art im Zusammenhang mit der Behandlung des Erkrankten handelt, sind diese Auskünfte auch den ordnungsgemäß ausgewiesenen sonstigen Bevollmächtigten des Versicherungsträgers zu geben. Zur Auskunftserteilung ist die V-GP jedoch nur insoweit berechtigt und verpflichtet, als dies für die Durchführung der Aufgaben des Versicherungsträgers notwendig ist.

(2) Der Versicherungsträger hat für die Geheimhaltung der von der V-GP erteilten Auskünfte gegenüber anderen als in Abs. 1 genannten Personen Sorge zu tragen.

§ 33
Krankenaufzeichnungen

Die V-GP führt für die in ihrer Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen.

§ 34
Administrative Mitarbeit

(1) Die V-GP ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart ist.

(2) Die Muster der für die ärztliche Tätigkeit der V-GP einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bzw. Kammer und Versicherungsträger vereinbart.

(3) Der Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung der V-GP auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt. Die für die ärztliche Tätigkeit der V-GP notwendigen Vordrucke werden ihr vom Versicherungsträger kostenlos zur Verfügung gestellt.

(4) Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und von der V-GP mit Unterschrift und Stempel zu versehen. Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist in den Vordrucken jene Diagnose zu unterstreichen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet. Ergibt sich während der Behandlung eine Änderung der Diagnose, so ist dies auf den hiefür vorgesehenen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung des Anspruchsberechtigten können die für die Krankheitsstatistik vorgesehenen medizinisch üblichen Abkürzungen oder sonst vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden.

(5) Wegen der Erteilung von Auskünften, die die Krankenversicherung und deren Leistungen, nicht aber medizinische Angelegenheiten betreffen, sind die Anspruchsberechtigten an den Versicherungsträger zu verweisen.

§ 35
Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit

(1) Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit der V-GP wird – bis auf die Besonderheiten in den folgenden Absätzen – durch Anwendung der Honorarordnung des kurativen Gesamtvertrages für Einzelpraxen geregelt. Diese bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages und enthält insbesondere

1. die Grundsätze über die Verrechnung und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen;

2. das Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen;

3. die Bewertung der einzelnen Leistungen in Punkten und – soweit dies vorgesehen ist – in Eurobeträgen.

(2) Für die V-GP gelten folgende Besonderheiten:

1. Die V-GP hat eine einheitliche Abrechnung zu legen.

2. Auf die Umsätze der V-GP auf Grund der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ist § 6 Abs. 1 Z 19 UStG 1994 und das GSBG anzuwenden (Erlass des Bundesministeriums für Finanzen vom 13.9.2006).

3. Auf die Honorarsumme der V-GP, mit Ausnahme der GP zur Nachfolgeregelung, erfolgt ein Abschlag im Ausmaß von 7 % (mit Ausnahme der VU-Leistungen und der MUKIPA-Leistungen, hier erfolgt kein Abschlag). Basis für die Berechnung sind die zum Zeitpunkt der Honorarberechnung anwendbaren Leistungspositionen der Honorarordnung. Der Honorarsummenabschlag wird im Rahmen der Quartalsabrechnung in Abzug gebracht und gesondert ausgewiesen.

§ 36
Rechnungslegung

(1) Die Rechnungslegung durch die V-GP wird in der Honorarordnung geregelt. Im Falle einer Stellvertretung nach § 13 Abs. 2 verrechnet der Versicherungsträger nur mit der vertretenen V-GP. Die Verrechnung von Vertreterscheinen ist hier unzulässig. Von der V-GP sind die Abrechnungen mit maschinell lesbarem Datenträger bzw. Datenfernübertragung durchzuführen.

(2) Rechnet die V-GP ohne triftigen Grund später als einen Monat nach Ablauf des Einsendetermines ab, kann der Versicherungsträger die Honorarvorauszahlung bis zur Vorlage der Abrechnung einstellen. Für mehr als drei Jahre zurückliegende Zeiträume werden Honorare vom Versicherungsträger nicht bezahlt.

§ 37
Honorarabzüge und Honorareinbehalt

(1) Der Versicherungsträger wird von dem der V-GP zustehenden Honorar jene Beträge (Umlagen und Beiträge) einbehalten, die rechtzeitig von der Kammer schriftlich bekannt gegeben werden; diese Beträge sind ehestens der Kammer zu überweisen. Die Überweisungstermine werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(2) Wird vom Versicherungsträger eine Überprüfung der Honorarabrechnung durch den Schlichtungsausschuss (die Paritätische Schiedskommission) beantragt, so ist der strittige Honoraranteil als vorläufige Zahlung anzuweisen. Der Honoraranteil, der vom Schlichtungsausschuss (von der Paritätischen Schiedskommission) rechtskräftig gestrichen wird, kann bei der nächsten Honorarauszahlung in Abzug gebracht werden.

§ 38
Gegenseitige Unterstützungspflicht

(1) Die Gesamtvertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung des Gesamtvertrages. Die gleiche Verpflichtung übernehmen die Parteien des Einzelvertrages.

(2) Der Versicherungsträger wird der Kammer auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages im Zusammenhang stehenden Auskünfte erteilen.

(3) Der Versicherungsträger hat alles zu unterlassen, was das Ansehen der V-GP und deren Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso hat die V-GP alles zu unterlassen, was den Versicherungsträger und dessen Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

(4) Die V-GP teilt der Kasse jede missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen mit. Gleiches gilt, wenn ein Anspruchsberechtigter ein Verhalten setzt, das seine Wiederherstellung erschwert oder verzögert.

§ 39
Zusammenarbeit der V-GP mit dem chef(kontroll)ärztlichen Dienst

(1) Der Versicherungsträger wird in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber der V-GP durch den Chef(Kontroll)arzt vertreten. Der Chef(Kontroll)arzt und die V-GP sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.

(2) Die ärztliche Eigenverantwortlichkeit der behandelnden GP bleibt jedenfalls unberührt. Der Chef(Kontroll)arzt ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

§ 40
Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss

(1) Streitigkeiten zwischen der V-GP und dem Versicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird der Versicherungsträger, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chefarzt vertreten. Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zu Stande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.

(2) Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der Kammer und des Versicherungsträgers. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden. Die beteiligte V-GP kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.

(3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung, die entsprechend zu begründen ist. Darin wird die vom Versicherungsträger der V-GP zu zahlende Vergütung für Leistungen aus dem Vertragsverhältnis bestimmt, wobei einzelne Leistungen als nicht begründet gestrichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise gekürzt werden kann. Der Schlichtungsausschuss ist über dies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den die V-GP bei Nichtbeachtung des § 26 dem Versicherungsträger zu leisten hat. Die Vorentscheidung ist der V-GP nachweislich bekannt zu geben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs. 4 hinzuweisen ist.

(4) Die V-GP und der Versicherungsträger können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses bei der Paritätischen Schieds-

kommission eine Entscheidung beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht fristgerecht gestellt, so gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch.

(5) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die 6-Monate-Frist beginnt für die V-GP mit der Zahlung des Honorars, für den Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn die V-GP die Bestimmung des § 26 nicht beachtet, ist eine Beanstandung des Versicherungsträger nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung beim Versicherungsträger zulässig.

§ 41
Verfahren bei Streitigkeiten

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gesamtvertrag oder aus einem auf Grund dieses Gesamtvertrages geschlossenen Einzelvertrages zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen, unbeschadet der Bestimmungen des § 40, dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

§ 42
Beendigung des Einzelvertragsverhältnisses zur GP

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen der V-GP und dem Versicherungsträger kann aus folgenden Gründen enden:

1. auf Grund der Bestimmungen des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG (Erlöschen, Auflösung oder Kündigung)

2. durch einvernehmliche Auflösung des Vertragsverhältnisses

3. durch Auflösung der GP

4. durch Ablauf der Befristung des Einzelvertrages der NFP

5. für die ZLP, die originäre GP oder die GP auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutischen Medizin weiters, wenn ein Gesellschafter der V-GP die ärztliche Leitung einer Krankenanstalt, die Leitung einer Abteilung einer Krankenanstalt oder eine ärztliche Nebenerwerbstätigkeit im

Umfang von insgesamt mehr als 20 Wochenstunden Arbeitsverpflichtung oder tatsächlicher Inanspruchnahme übernimmt, und nicht Kammer und Versicherungsträger schriftlich etwas Gegenteiliges vereinbaren

6. wenn die Invertragnahme auf Grund wissentlich falscher Angaben im Auswahlverfahren erfolgt ist.

(2) Bei der ZLP, der JSP, der fachgleichen aber intern spezialisierten GP und der GP auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin werden jene bisherigen Einzelverträge von Vertrags-Einzelpraxen ruhend gestellt, die in die V-GP miteinbezogen und im gemeinsamen Stellenplan als V-GP berücksichtigt wurden. Im Fall der Beendigung des Einzelvertrages der GP gemäß Abs. 1 lebt grundsätzlich der ruhend gestellte Einzelvertrag des bisherigen Vertragsarztes bzw. des SP wieder auf, wenn dieser weiterhin als niedergelassener Arzt tätig ist und die GP den Einzelvertrag noch nicht länger als fünf Jahre inne hatte. Sofern aber die Endigungstatbestände den bisherigen Vertragsarzt bzw. den SP treffen (rechtskräftige Verurteilung bzw. Kündigung durch den Versicherungsträger, unzulässige Nebenbeschäftigung), lebt der ruhend gestellte Einzelvertrag nicht wieder auf.

(3) Bei Auflösung einer V-GP, die fünf Jahre oder länger Inhaberin eines GP-Einzelvertrages war, können jene Ärzte, die bereits vor der Gründung der V-GP einen kurativen Einzelvertrag im Sinne des Abs. 2 inne hatten, am Sitz der aufgelösten GP neuerlich einen solchen Einzelvertrag erlangen, wenn die Gesamtvertragsparteien dem zustimmen.

(4) Im Falle der Beendigung des Einzelvertrages zur GP, ohne dass die vorher bestandenen Einzelverträge der einzelnen Gesellschafter wiedererlangt werden, ist die GP – abgesehen von der NFP – bei aufrechtem Bedarf neu auszuschreiben.

(5) Im Falle der NFP endet der Einzelvertrag zur GP grundsätzlich mit Ablauf der Frist, für die sie eingegangen wurde und der JP erlangt einen Einzelvertrag für die Einzelpraxis. Die Kündigungsfrist kann auf Wunsch des SP verkürzt werden, diesfalls treten die genannten Rechtsfolgen zum früheren Zeitpunkt ein.

§ 43
Gemeinsame Durchführung des Gesamtvertrages seitens der Versicherungsträger

(1) Die diesen Gesamtvertrag abschließenden Versicherungsträger haben die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse bevollmächtigt, sie gegenüber der Kammer sowie den V-GP in allen Angelegenheiten der Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse ist berechtigt, die in diesem Gesamtvertrag den Versicherungsträgern eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber Kammer und V-GP geltend zu machen; insbesondere ist der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse das Recht eingeräumt, gemeinsam Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen.

(2) Zur Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen, ist die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse bevollmächtigt.

(3) Wird die Vollmachterteilung im Sinne der Abs. 1 und 2 von einem Versicherungsträger abgeändert oder aufgehoben, so ist dies der Kammer unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die sich daraus ergebenden Wirkungen gegenüber der Kammer und den V-GP treten erst mit Ablauf des zweiten Kalendervierteljahres ein, das auf die Mitteilung folgt.

§ 44
Gültigkeitsdauer

(1) Dieser Gesamtvertrag tritt mit 1.4.2009 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von den Vertragsparteien nur gemeinsam mit dem Gesamtvertrag über Einzelpraxen zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief aufgekündigt werden.

(2) Hiermit endet dieser Gesamtvertrag zu jenem Zeitpunkt, zu welchem der Gesamtvertrag über Einzelpraxen vom 21.3.2004 aus welchen Gründen auch immer beendet wird.

(3) Im Falle der Aufkündigung des Gesamtvertrages werden die Vertragsparteien Verhandlungen über den Abschluss eines neuen Gesamtvertrages ohne Verzug auf-

nehmen.

§ 45
Verlautbarung

Dieser Gesamtvertrag und seine Abänderungen werden auf der Homepage der Ärztekammer für Niederösterreich und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse veröffentlicht.

St. Pölten, am 17.12.2008

ANHANG
ZUR GRUPPENPRAXEN-RAHMENVEREINBARUNG

Grundsätzlich ist nur die ÖNORM B 1600 (in Teilbereichen) umzusetzen. Die ÖNORM B 1601 nur in einzelnen Punkten.

Die kursiven Anmerkungen dienen dem besseren Verständnis bzw. der Erläuterung der Umsetzungsnotwendigkeiten.

Gliederung (gemäß ÖNORM B 1600)

	Text	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar im Einzelfall	Einhaltung ÖNORM B 1600 nicht relevant
2	**Außenanlagen** *Anmerkung: Notwendig ist ein stufenloser Zugang zur Gruppenpraxis vom Parkplatz (Behinderten-, „Rettungspark-platz") bzw. vom Gehsteig.*			
2.1	Gehsteige, Gehwege und Radwege		Bestimmungen für Geh-steige und Gehwege sind relevant, sofern von dort Zugang zum Objekt, in dem Gruppenpraxis untergebracht ist, erfolgt.	Radwege
2.2	Fußgängerübergänge			X
2.3	Rampen	X		
2.4	Stellenplätze für PKW von behinderten Personen *Anmerkung: Anzahl je nach Bedarf in unmittelbarer Nähe zum behindertengerechten Zugang – möglichst dem Haupteingang*	X		
2.5	Fernsprechstellen, Notrufeinrichtungen			X wenn notwendige Telefonate durch das Sekretariat der Gruppenpraxis erledigt werden
3	**Gebäude**			
3.1	Eingänge, Türen	X		
3.2	Horizontale Verbindungswege	X		
3.3	Vertikale Verbindungswege	X		
3.4	Sanitärräume *Anmerkung: gemeint sind WC-Räume*	X gemäß ÖNORM B 1601 Ziffer 3.4		
3.5	Spezielle bauliche Ausführungen			
3.5.1	Anordnung von Rollstuhlplätzen *Anmerkung: Rollstuhl-stellplätze im Warteraum*	Mindestens zwei Plätze		
3.5.2	Anordnung von behinderten-gerechten Unterkunftsein-heiten in Beherbergungs-betrieben und Heimen			X

Text	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar im Einzelfall	Einhaltung ÖNORM B 1600 nicht relevant
3.5.3 Schalter, Durchgänge *<u>Anmerkung</u>: Rezeption*	X Induktionsschleife zusätzlich		
3.5.4 Anordnung von behindertengerechten Umkleidekabinen		*X* *wenn die Praxis über Umkleidekabinen verfügt: mindestens eine behindertengerecht*	
-„- von Duschen und Bädern		nach Bedarf gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.4	
3.5.5 Einstieg bei Schwimmbädern *<u>Anmerkung</u>: Therapiebecken, Therapiebadewannen o.ä.*		nach Bedarf	
3.5.6 Allgemein zugängliche Nutzräume *<u>Anmerkung</u>: z. B. Abstellplatz für Kinderwagen, insbesondere beim Kinderarzt*		nach Bedarf	
3.5.7 Freibereich			X
3.5.8 Technische Ausstattung, Materialien *<u>Anmerkung</u>: z. B. Gegensprechanlage, Bodenbelag, Lichtschalter*	X		
3.5.9 Orientierung	X		
4 Kennzeichen	X		

Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG

E I N Z E L V E R T R A G

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen

der Gruppenpraxis (ZLP, originäre GP, JSP, NFP, intern-spezialisierte GP oder GP auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin).....

mit den Gesellschaftern.....(Facharzt für ...).....

.....(Facharzt für ...).....

.....(Facharzt für ...).....

(im folgenden Vertrags-Gruppenpraxis genannt)

in .....

.....

und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse namens der in § 2 des Gesamtvertrages namentlich angeführten Krankenversicherungsträger auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages abgeschlossen.

(2) Der Inhalt des Gesamtvertrages samt den geltenden Sonder- und Zusatzvereinbarungen wird von der Vertrags-Gruppenpraxis zur Kenntnis genommen.

§ 2

Die ärztliche Tätigkeit der Vertrags-Gruppenpraxis wird im Fachgebiet (in den Fachgebieten) ..... ausgeübt.

Berufssitz

.....

Ordinationsstätte

.....

Ordinationszeit

.....

§ 3

Bezüglich der Art und des Umfanges der ärztlichen Tätigkeit der Vertrags-Gruppenpraxis im Einvernehmen mit der Kammer besonders vereinbart:

.....

.....

§ 4

Die Rechte und Pflichten der Parteien der Einzelvertrages ergeben sich aus dem Gesamtvertrag, aus den in Hinkunft abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und aus diesem Einzelvertrag.

§ 5

(1) Die Vertrags-Gruppenpraxis gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages ihr Einverständnis, dass die von der Kammer beschlossenen und den Versicherungsträgern bekanntgegebenen Abzüge von ihrem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Die Vertrags-Gruppenpraxis erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 40 des Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die Paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen von der Vertrags-Gruppenpraxis unterfertigten Einzelvertrages bei dem zustellungsbevollmächtigten Versicherungsträger folgt.

Die Nachfolgepraxis endet automatisch ohne Kündigung am .....

....., den .....

Unterschrift der Gesellschafter der Vertrags-Gruppenpraxis, Stempel der Vertrags-Gruppenpraxis

.....

.....

Für die Versicherungsträger:

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte: Der Obmann:

Gebührenfrei gemäß §§ 109 und 110 ASVG

Gesamtvertragliche Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertrags-Gruppenpraxen und der Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen (Niederlassungsrichtlinien)

abgeschlossen zwischen der

Ärztekammer für Niederösterreich
(im Folgenden kurz Ärztekammer genannt)
einerseits

und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
mit Zustimmung und mit Wirksamkeit für die
in § 2 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages vom 17.12.2008 angeführten Krankenversicherungsträger (im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt)
andererseits.

Diese Vereinbarung gilt nicht für Fachärztinnen/Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärztinnen/Zahnärzte und Dr.med.dent sowie für Gesellschafterinnen/Gesellschafter von radiologischen Gruppenpraxen.

§ 1
Grundlagen

(1) Diese Vereinbarung orientiert sich an den inhaltlichen Vorgaben des § 343 ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, in der geltenden Fassung, sowie der auf Grund dieser Bestimmung erlassenen Reihungskriterien-Verordnung, BGBl. II Nr. 487/2002, in der geltenden Fassung.

(2) Soweit im Folgenden nicht Abweichendes oder Gegenteiliges vereinbart ist, gelten zwischen den Vertragsparteien jene Rechte und Pflichten, die sich aus dem Gruppenpraxen-Gesamtvertrag vom 17.12.2008 und sonstigen geltenden Bestim-

mungen, in der jeweils geltenden Fassung, abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, ergeben, unverändert weiter.

(3) Die Bestimmungen der gesamtvertraglichen Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertragsärztinnen/-ärzte in der jeweils geltenden Fassung gelten, sofern diese Vereinbarung nichts Gegenteiliges regelt.

§ 2
Geltungsbereich

Diese Vereinbarung wird vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit Zustimmung und Wirkung für folgende Krankenversicherungsträger abgeschlossen:

- Niederösterreichische Gebietskrankenkasse,
- Betriebskrankenkasse Mondi,
- Betriebskrankenkasse Austria Tabak,
- Wiener Gebietskrankenkasse und
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

§ 3
Gegenstand

Diese Vereinbarung regelt die Auswahl der Vertrags-Gruppenpraxen und Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen und den Abschluss der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Krankenversicherungsträger und der Vertrags-Gruppenpraxis im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer und unter Berücksichtigung der in der Reihungskriterien-Verordnung aufgestellten Kriterien für die Reihung der Bewerberinnen und Bewerber.

§ 4
Kündigung des Einzelvertrages

(1) Unbeschadet der Regelungen des ASVG soll eine Kündigung des Einzelvertrages durch die Vertrags-Gruppenpraxis sechs Monate vor Ende des jeweiligen Kalendervierteljahres, zu dem die Kündigung wirksam werden soll, beim Versicherungsträger einlangen.

(2) Anträge auf Gründung einer Gruppenpraxis bzw. Anträge auf Nachbesetzung einer Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstelle sollen sechs Monate vor Ende des jeweiligen Kalendervierteljahres, zu dem die Gründung bzw. die Nachbesetzung erfolgen soll, bei Kammer und Kasse einlangen.

§ 5
Ausschreibung freier Vertrags-Gruppenpraxenstellen bzw. Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen

(1) Die rechtsverbindliche Ausschreibung freier Vertrags-Gruppenpraxenstellen bzw. Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen gemäß § 10 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages erfolgt durch die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse einmal monatlich spätestens bis zum 10. des Kalendermonats unter Angabe der Art der Gruppenpraxis (z.B.: originäre Gruppenpraxis, etc), der Fachrichtungen in der Gruppenpraxis und der wesentlichen Bedingungen der Zusammenarbeit (zukünftige/r Partner/in, zu erwartender Anteil an der Gruppenpraxis usw.) im Internet und wird über Ersuchen der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse von der Ärztekammer auf deren Homepage (derzeit: www.arztnoe.at) veröffentlicht. Im Mitteilungsblatt der Ärztekammer (derzeit: NÖ Consilium) erfolgt eine Information über ausgeschriebene Vertrags-Gruppenpraxenstellen unter Hinweis auf die Ausschreibung im Internet.

(2) Grundlage für die Ausschreibung ist der vereinbarte Ausschreibungstext laut Anlage 1 bzw. Anlage 2 zu dieser Vereinbarung.

(3) Die Bewerbungsunterlagen sind innerhalb der Ausschreibungsfrist schriftlich bei der Kammer einzureichen.

(4) Die Voraussetzungen im Sinne des § 4 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages müssen bei der Bewerbung erfüllt sein. Die Prüfung erfolgt durch die Ärztekammer für NÖ.

(5) Keiner Ausschreibung bedarf die Gründung einer Zusammenlegungspraxis gemäß § 4 Abs. 2 Ziffer 1 des Gesamtvertrages.

(6) Für die Ausschreibung einzelner Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen finden die Bestimmungen der gesamt-

vertraglichen Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertragsärztinnen-/ärzte in Verbindung mit Abs. 1 sinngemäß Anwendung.

(7) Mit der Ausschreibung des Juniorpartner-Anteils einer Nachfolgepraxis ist der nach Beendigung der Nachfolgepraxis an den Juniorpartner zu vergebende kurative Einzelvertrag auszuschreiben. Für die Bewerbung um den kurativen Einzelvertrag ist eine zeitgleiche Bewerbung um den Juniorpartner-Anteil dieser Nachfolgepraxis und umgekehrt erforderlich.

(8) Sollte eine Vertrags-Gruppenpraxenstelle oder eine Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstelle im Zuge des Auswahlverfahrens nicht (nach-)besetzt werden, ist zum nächstmöglichen Termin neuerlich auszuschreiben.

§ 6
Bewertung bei der Auswahl von Vertrags-Gruppenpraxen und Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschaferstellen

(1) Für die Auswahl von Vertrags-Gruppenpraxen i.S.d. § 3 Abs. 2 Ziffer 2 und 6 (sofern originär) des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages sind die sich jeweils gemeinsam bewerbenden Ärztinnen/Ärzte als Team zu bewerten, wobei die nach §§ 7ff der gesamtvertraglichen Vereinbarung für die Auswahl der Vertragsärztinnen/-ärzte in der geltenden Fassung zu erfüllenden Kriterien auf jede einzelne Gesellschafterin/auf jeden einzelnen Gesellschafter anzuwenden sind und die Bewertung teambezogen zu erfolgen hat.

(2) Für die Auswahl von Vertrags-Gruppenpraxen i.S.d. § 3 Abs. 2 Ziffer 3, 4, 5 und 6 (sofern nicht originär) gilt die verbindliche Bereitschaftserklärung des Seniorpartners gleichzeitig als Bewerbung. Durch die Bewerbung wird jeder Bewerber zum Mitglied des Teams mit dem Seniorpartner. Das jeweilige Team wird gemeinsam bewertet. Die Punkte des Seniorpartners werden automatisch mit Null festgelegt.

(3) Bei der Bewertung für die Auswahl von Vertrags-Gruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen findet die gesamtvertragliche Vereinbarung für die Auswahl von Vertragsärztinnen/-ärzte in der jeweils geltenden Fassung Anwendung.

§ 7
Recht zur Stellungnahme

Bei der Auswahl einer Gesellschafterin/eines Gesellschafters für eine Vertrags-Gruppenpraxis ist der bisherigen Vertragsärztin/dem bisherigen Vertragsarzt (bei der Jobsharingpraxis und Nachfolgepraxis) bzw. der/dem bisherigen Gesellschafterin/Gesellschafter ein Recht zur Stellungnahme einzuräumen, wenn ihrer-/seinerseits erhebliche Bedenken bestehen, dass der Versorgungsauftrag durch diese/diesen Bewerberin(nen)/Bewerber erfüllt werden kann. Die vorgebrachten Bedenken sind zu begründen. Sobald die Hearingkandidatinnen/Hearing-kandidaten bzw. die Kandidatinnen/Kandidaten für ein Vorstellungsgespräch feststehen, ist die bisherige Vertragsärztin/der bisherige Vertragsarzt bzw. die/der bisherige Gesellschafterin/Gesellschafter unverzüglich durch die Ärztekammer für NÖ schriftlich (per Post, Fax oder Email) darüber zu informieren. Diese/r hat eine Stellungnahme zu einer oder mehreren Hearingkandidatin(nen)/einem oder mehreren Hearingkandidaten bzw. der/dem Kandidatin/Kandidaten eines Vorstellungsgesprächs innerhalb von 3 Tagen (gerechnet ab dem Datum des Poststempels bzw. dem Datum der Sendebestätigung von Fax oder Email) in schriftlicher Form bei Kammer und Kasse einzubringen. Die Stellungnahme ist an die/den betroffene(n) Hearingkandidatin(nen)/Hearingkandidat(en) bzw. an die betroffene(n) Kandidatin/den Kandidaten des Vorstellungsgesprächs unverzüglich weiterzuleiten. Diese haben die Möglichkeit, sich – ebenfalls in schriftlicher Form – dazu im Vorfeld oder aber mündlich während des Hearings bzw. Vorstellungsgesprächs zu äußern. Sind die von der bisherigen Vertragsärztin/vom bisherigen Vertragsarzt bzw. von der/dem bisherigen Gesellschafterin/Gesellschafter vorgebrachten Gründe objektiv nachvollziehbar und teilt die Hearingkommission die erheblichen Bedenken, dass der Versorgungsauftrag mit dieser Bewerberin/diesem Bewerber erfüllt werden kann, so kann die/der Bewerberin/Bewerber abgelehnt werden.

§ 8
Wechsel der Ordinationsstätte

(1) Freiwerdende oder freie Vertragsgruppenpraxen sind gemäß den Bestimmungen des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages auszuschreiben und im Sinne dieser Vereinbarung nachzubesetzen. Ein Wechsel der Ordinationsstätte der Vertragsgruppenpraxis nach § 12 Absatz 1 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages ist nur in jenen Fällen zulässig, wo eine Verlegung innerhalb des im Stellenplan fest-

gelegten Sanitätssprengels bzw. innerhalb des im Stellenplan ausgewiesenen Niederlassungsortes stattfinden soll.

(2) Ein Wechsel des vertraglich festgelegten Berufsitzes außerhalb des Niederlassungsortes ist nur im Rahmen eines neuerlichen Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens im Sinne dieser Vereinbarung zulässig.

§ 9
Inkrafttreten, Geltungsdauer

(1) Diese gesamtvertragliche Vereinbarung tritt mit 1.4.2009 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie ist erstmals auf Ausschreibungen ab dem 1.4.2009 anzuwenden.

(2) Diese gesamtvertragliche Vereinbarung kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief aufgekündigt werden. Im Falle der Aufkündigung werden die Vertragsparteien ohne Verzug Verhandlungen über den Abschluss einer neuen gesamtvertraglichen Vereinbarung aufnehmen.

Anlagen

St. Pölten, am 17.12.2008

Anlage 1

S T E L L E N A U S S C H R E I B U N G F R E I E R V E R T R A G S G R U P P E N P R A X I S S T E L L E N B Z W . V E R T R A G S G R U P P E N P R A X E N – G E S E L L S C H A F T E R I N N E N - / G E S E L L S C H A F T E R – S T E L L E N

Die Ausschreibung freier Vertragsgruppenpraxenstellen bzw. Vertragsgruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen durch die niederösterreichischen § 2-Krankenversicherungsträger sowie der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft erfolgt im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Niederösterreich einmal monatlich, spätestens bis zum 10. des Kalendermonats im Internet unter www.arztnoe.at für die nachstehend angeführten Vertragsgruppenpraxenstellen bzw. Vertragsgruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen mit der jeweils bei der Gruppenpraxis angeführten Mindestordinationszeit und der gesetzlichen Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung:

1.) <u>Originäre Gruppenpraxis</u>
in .....
mit … Gesellschafterinnen/Gesellschafter
Mindestordinationszeit: 30 Stunden pro Woche bei 2 Gesellschaftern bzw. 40 Stunden pro Woche bei 3 oder mehreren Gesellschaftern
Bedingungen der Zusammenarbeit:

2.) <u>Jobsharingpraxis</u>
in .....
mit … Gesellschafterinnen/Gesellschafter
Mindestordinationszeit: 20 Stunden pro Woche
Bedingungen der Zusammenarbeit:

3.) Fachgleiche, aber intern spezialisierte Gruppenpraxis
in .....
Fach ….
Spezialisierung ….
mit … Gesellschafterinnen/Gesellschafter
Mindestordinationszeit: 20 Stunden pro Woche
Bedingungen der Zusammenarbeit:

4.) Gruppenpraxis auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin
in .....
mit … Gesellschafterinnen/Gesellschafter
Mindestordinationszeit: 30 Stunden pro Woche bei 2 Gesellschaftern bzw. 40 Stunden pro Woche bei 3 oder mehreren Gesellschaftern
Bedingungen der Zusammenarbeit:

Ende der Bewerbungsfrist: ..... (Einlangen bei der Ärztekammer für Niederösterreich)

Folgende Unterlagen sind im Original oder in beglaubigter Abschrift und, sofern sie nicht in deutscher Sprache abgefasst sind, in beglaubigter Übersetzung vorzulegen:

1. schriftliche Bewerbung,
2. Nachweis der österreichischen Staatsbürgerschaft oder der Staatsangehörigkeit einer der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft oder der Staatsangehörigkeit eines Vertragsstaates eines Abkommens mit den Europäischen Gemeinschaften und ihren Mitgliedstaaten, welches die Mitgliedstaaten zur Inländergleich-

behandlung hinsichtlich des Niederlassungsrechtes und des Dienstleistungsverkehrs verpflichtet (Assoziationsstaaten),

3. Nachweis darüber, dass der Präsenz-, Zivil- oder Ausbildungsdienst zum Zeitpunkt der Invertragnahme abgeleistet ist bzw. Nachweis der dauernden Untauglichkeit,

4. Nachweis ausreichender Kenntnisse der deutschen Sprache,

5. Nachweis über ein in Österreich erworbenes oder nostrifiziertes Doktorat der gesamten Heilkunde bzw. ein in einem anderen EWR-Staat erworbenes Diplom,

6. Nachweis über die Berechtigung zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes als Arzt für Allgemeinmedizin bzw. als Facharzt des betreffenden Sonderfaches zum Bewerbungszeitpunkt,

7. Nachweis über die Erlangung eines ÖÄK-Diploms, eines ÖÄK-Notarztzertifikats oder über die Absolvierung eines Zusatzfaches,

8. Curriculum vitae (nicht handgeschrieben) und

9. Bewerbungsfragebogen

10. Verbindliche Bereitschaftserklärung des Arztes/des Seniorpartners mit dem von der Hearingkommission beschlossenem Stellenbewerber eine Gruppenpraxis zu gründen.

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)

Bei der Vergabe von Einzelverträgen ist insbesondere bei Bestehen eines Einzelvertrages mit den § 2-Krankenversicherungsträgern jedenfalls auch ein VAEB-Einzelvertrag zu vergeben. Dies ergibt sich aus dem Gesamtvertrag vom 1.4.2005.

Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA)

Die bisherige Vorgangsweise wird auf Wunsch der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA) insofern beibehalten, als der Arzt nach Erhalt es § 2-Vertrages ein Ansuchen auf Abschluss eines Einzelvertrages über die

Ärztekammer für NÖ bei der KFA zu stellen hat; also die Stelle nicht explizit im Namen ausgeschrieben wird.

Hearingtermin

Der Hearingtermin bzw. der Termin für ein allfälliges Vorstellungsgespräch für das ... Quartal 200. wurde für ….., ab ….. Uhr, in der Nö. Gebietskrankenkasse, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, festgesetzt.

Die Nö. Gebietskrankenkasse hat uns um folgende Bekanntgabe ersucht:
Der **Informationstag – Kick off für neue VertragspartnerInnen der Nö. Gebietskrankenkasse** findet am ….., von … Uhr in der Nö. Gebietskrankenkasse, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, für jene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und Allgemeinen FachärztInnen, welchen der Gesellschafteranteil mit …. zugesprochen wird, statt.

Informationen

Für Gruppenpraxen:

Ärzte für Allgemeinmedizin – Fr. Eisenbarth, DW 225
Allgemeine Fachärzte – Fr. Grünberger oder Fr. Graner, DW 246 .

Ist die Notwendigkeit für ein Hearing laut § 12 der gesamtvertraglichen Vereinbarung betreffend Niederlassungsrichtlinien gegeben, nimmt ein zum Hearing geladener Bewerber den vorgesehenen Termin jedoch nicht wahr, so kommt die Nichtteilnahme am Hearing grundsätzlich einem Zurückziehen der Bewerbung gleich. Selbiges gilt für den Fall, dass ein Erstgereihter ohne ausreichende Begründung der Einladung zum Vorstellungsgespräch gemäß § 11 nicht nachkommt.

Wichtige Hinweise im Zusammenhang mit einer Bewerbung um eine Vertragsgruppenpraxenstellen bzw. Vertragsgruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen:

Um eine Bewerbung berücksichtigen zu können, müssen sämtliche notwendigen Voraussetzungen zum Bewerbungszeitpunkt gegeben sein und die erforderlichen Unterlagen mit Ablauf der Bewerbungsfrist in der Ärztekammer für Niederösterreich vorliegen. Insbesondere ist auch auf das präzise Ausfüllen sowie Unterschreiben des Bewerbungsfragebogens zu achten. Geleistete Vertretungstage sind auf dem Bewerbungsfragebogen anzugeben, können jedoch nur dann angerechnet werden, wenn der vertretene Arzt diese in der Ärztekammer für Niederösterreich gemeldet hat. Notärztliche Tätigkeiten sind mittels Bestätigungen nachzuweisen, wobei die Anzahl der Dienste ersichtlich sein muss. Was geleistete Wochentags-Nachtbereitschaftsdienste betrifft, so erfolgt der Nachweis mittels einer internen Bestätigung, die im Falle einer Bewerbung automatisch ausgestellt wird.
Die Kriterien der Notarzttätigkeit und der Teilnahme am Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst sind ausschließlich für Bewerber um Kassenplanstellen für Allgemeinmedizin relevant. Zusätzlich sei darauf verwiesen, dass die Anrechnung des Notarztzertifikats und die Berücksichtigung der notärztlichen Tätigkeit nur dann möglich sind, wenn die aufrechte Berechtigung als Notarzt auf Grund der gemäß § 40 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 besuchten Fortbildungsveranstaltung zum Bewerbungszeitpunkt besteht. Nach Ablauf der Bewerbungsfrist ist eine Berücksichtigung von Bestätigungen bzw. Diplomen auch bei entsprechendem Nachweis nicht mehr möglich. Obwohl es nicht verpflichtend ist, empfehlen wir Bewerbern um eine Kassenplanstelle trotzdem, ihre Bewerbungsunterlagen persönlich in der Ärztekammer für Niederösterreich abzugeben - um vorherige Terminvereinbarung wird ersucht (Ärzte für Allgemeinmedizin – Fr. Eisenbarth, DW 225; allgemeine Fachärzte – Fr. Grünberger, DW 246).

Für die Errichtung einer Vertrags-Gruppenpraxis ist die Vorlage eines von den Gesellschaftern gezeichneten Gesellschaftsvertrages sowie die Vorlage eines Firmenbuchauszuges erforderlich.

Erläuterungen zur Bewerberliste (bisher Reihungsliste):

Die seit März 2002 geführte Bewerberliste (bisher Reihungsliste) wird weitergeführt und eventuell bereits bestehende Zeiten werden nach den neuen Bewertungskriterien gemäß § 7 Abs. 4 der gesamtvertraglichen Vereinbarung übernommen, womit ein erneuter Antrag auf Aufnahme nicht notwendig ist. Ist ein Arzt noch nicht in die Bewerberliste eingetragen, so erfolgt die Eintragung automatisch im Fall einer ordnungsgemäßen Bewerbung um eine konkrete Planstelle.

Bei Überprüfung der Daten auf den Bewerbungsfragebögen wird insbesondere auch darauf geachtet, ob die Angaben auf den einzelnen Fragebögen im Fall von Mehrfachbewerbungen bzw. gegenüber früheren Bewerbungen übereinstimmen bzw. nachvollziehbar sind. Wir weisen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass Sie mit Ihrer Unterschrift auf dem Bewerbungsfragebogen erklären, nicht nur korrekte sondern auch vollständige Angaben gemacht zu haben. Bewerbungen, welche unerklärliche Differenzen bei den Angaben auf den Fragebögen aufweisen, können daher nicht akzeptiert werden.

Was das Anrechnen von Punkten aus dem Kriterium "Kontinuierliche Bewerbung um Einzelverträge in NÖ" betrifft, so erfolgt die Bewertung (bei Mehrfachbewerbungen) nicht innerhalb sondern vielmehr pro Ausschreibungsrunde.

ANLAGE 2

S T E L L E N A U S S C H R E I B U N G
E I N E R N A C H F O L G E G R U P P E N P R A X I S

Die rechtsverbindliche Ausschreibung einer Juniorpartner-Vertrags-Gruppenpraxis-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstelle sowie des darauf folgenden Einzelvertrages im Auftrag der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger (NÖ GKK), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) erfolgt im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Niederösterreich einmal monatlich, spätestens bis zum 10. des Kalendermonats im Internet www.arztnoe.at mit einer Mindestordinationszeit von jeweils 20 Std./Woche und der gesetzlichen Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung.

<u>Nachfolgegruppenpraxis</u>
in .....
Fach ….
mit … Gesellschafterinnen/Gesellschaftern
Bedingungen der Zusammenarbeit/Dauer der Befristung

Ende der Bewerbungsfrist: ..... (Einlangen bei der Ärztekammer für Niederösterreich)

Folgende Unterlagen sind im Original oder in beglaubigter Abschrift und, sofern sie nicht in deutscher Sprache abgefasst sind, in beglaubigter Übersetzung vorzulegen:

1. schriftliche Bewerbung,

2. Nachweis der österreichischen Staatsbürgerschaft oder der Staatsangehörigkeit einer der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft oder der Staatsangehörigkeit eines Vertragsstaates eines Abkommens mit den Europäischen Gemeinschaften und ihren Mitgliedstaaten, welches die Mitgliedstaaten zur Inländergleich-

behandlung hinsichtlich des Niederlassungsrechtes und des Dienstleistungsverkehrs verpflichtet (Assoziationsstaaten),

3. Nachweis darüber, dass der Präsenz-, Zivil- oder Ausbildungsdienst zum Zeitpunkt der Invertragnahme abgeleistet ist bzw. Nachweis der dauernden Untauglichkeit,
4. Nachweis ausreichender Kenntnisse der deutschen Sprache,
5. Nachweis über ein in Österreich erworbenes oder nostrifiziertes Doktorat der gesamten Heilkunde bzw. ein in einem anderen EWR-Staat erworbenes Diplom,
6. Nachweis über die Berechtigung zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes als Arzt für Allgemeinmedizin bzw. als Facharzt des betreffenden Sonderfaches zum Bewerbungszeitpunkt,
7. Nachweis über die Erlangung eines ÖÄK-Diploms, eines ÖÄK-Notarztzertifikats oder über die Absolvierung eines Zusatzfaches,
8. Curriculum vitae (nicht handgeschrieben) und
9. Bewerbungsfragebogen
10. Verbindliche Bereitschaftserklärung des Seniorpartners mit dem von der Hearingkommission beschlossenem Stellenbewerber eine Gruppenpraxis zu gründen

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)

Bei der Vergabe von Einzelverträgen ist insbesondere bei Bestehen eines Einzelvertrages mit den § 2-Krankenversicherungsträgern jedenfalls auch ein VAEB-Einzelvertrag zu vergeben. Dies ergibt sich aus dem Gesamtvertrag vom 1.4.2005.

Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA)

Die bisherige Vorgangsweise wird auf Wunsch der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA) insofern beibehalten, als der Arzt nach Erhalt es § 2-Vertrages ein Ansuchen auf Abschluss eines Einzelvertrages über die Ärztekammer für NÖ bei der KFA zu stellen hat; also die Stelle nicht explizit im Namen ausgeschrieben wird.

Hearingtermin

Der Hearingtermin bzw. der Termin für ein allfälliges Vorstellungsgespräch für das ... Quartal 200. wurde für ….., ab ….. Uhr, in der Nö. Gebietskrankenkasse, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, festgesetzt.

Die Nö. Gebietskrankenkasse hat uns um folgende Bekanntgabe ersucht:
Der **Informationstag – Kick off für neue VertragspartnerInnen der Nö. Gebietskrankenkasse** findet am ….., von … Uhr in der Nö. Gebietskrankenkasse, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, für jene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und Allgemeinen FachärztInnen, welchen der Kassenvertrag mit …. zugesprochen wird, statt.

Informationen:

Ärzte für Allgemeinmedizin – Fr. Eisenbarth, DW 225
Allgemeine Fachärzte – Fr. Grünberger oder Fr. Graner, DW 246 .

Ist die Notwendigkeit für ein Hearing bzw. ein Vorstellungsgespräch gem. der gesamtvertraglichen Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertragsärzte (Niederlassungsrichtlinien) gegeben, nimmt ein geladener Bewerber den vorgesehenen Termin jedoch nicht wahr, so kommt diese Nichtteilnahme grundsätzlich einem Zurückziehen der Bewerbung gleich.

Bei Überprüfung der Daten auf den Bewerbungsfragebögen wird insbesondere auch darauf geachtet, ob die Angaben auf den einzelnen Fragebögen im Fall von Mehrfachbewerbungen bzw. gegenüber früheren Bewerbungen übereinstimmen bzw. nachvollziehbar sind. Wir weisen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass Sie mit Ihrer Unterschrift auf dem Bewerbungsfragebogen erklären, nicht nur korrekte sondern auch vollständige Angaben gemacht zu haben. Bewerbungen, welche unerklärliche Differenzen bei den Angaben auf den Fragebögen aufweisen, können daher nicht akzeptiert werden.

Was das Anrechnen von Punkten aus dem Kriterium "Kontinuierliche Bewerbung um Einzelverträge in NÖ" betrifft, so erfolgt die Bewertung (bei Mehrfachbewerbungen) nicht innerhalb sondern vielmehr pro Ausschreibungsrunde.

Wichtige Hinweise im Zusammenhang mit einer Bewerbung um eine Vertragsgruppenpraxenstellen bzw. Vertragsgruppenpraxen-Gesellschafterinnen-/Gesellschafterstellen:

Um eine Bewerbung berücksichtigen zu können, müssen sämtliche notwendigen Voraussetzungen zum Bewerbungszeitpunkt gegeben sein und die erforderlichen Unterlagen mit Ablauf der Bewerbungsfrist in der Ärztekammer für Niederösterreich vorliegen. Insbesondere ist auch auf das präzise Ausfüllen sowie Unterschreiben des Bewerbungsfragebogens zu achten. Geleistete Vertretungstage sind auf dem Bewerbungsfragebogen anzugeben, können jedoch nur dann angerechnet werden, wenn der vertretene Arzt diese in der Ärztekammer für Niederösterreich gemeldet hat. Notärztliche Tätigkeiten sind mittels Bestätigungen nachzuweisen, wobei die Anzahl der Dienste ersichtlich sein muss. Was geleistete Wochentags-Nachtbereitschaftsdienste betrifft, so erfolgt der Nachweis mittels einer internen Bestätigung, die im Falle einer Bewerbung automatisch ausgestellt wird.
Die Kriterien der Notarzttätigkeit und der Teilnahme am Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst sind ausschließlich für Bewerber um Kassenplanstellen für Allgemeinmedizin relevant. Zusätzlich sei darauf verwiesen, dass die Anrechnung des Notarztzertifikats und die Berücksichtigung der notärztlichen Tätigkeit nur dann möglich sind, wenn die aufrechte Berechtigung als Notarzt auf Grund der gemäß § 40 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 besuchten Fortbildungsveranstaltung zum Bewerbungszeitpunkt besteht. Nach Ablauf der Bewerbungsfrist ist eine Berücksichtigung von Bestätigungen bzw. Diplomen auch bei entsprechendem Nachweis nicht mehr möglich. Obwohl es nicht verpflichtend ist, empfehlen wir Bewerbern um eine Kassenplanstelle trotzdem, ihre Bewerbungsunterlagen persönlich in der Ärztekammer für Niederösterreich abzugeben - um vorherige Terminvereinbarung wird ersucht (Ärzte für Allgemeinmedizin – Fr. Eisenbarth, DW 225; allgemeine Fachärzte – Fr. Grünberger, DW 246).

Für die Errichtung einer Vertrags-Gruppenpraxis ist die Vorlage eines von den Gesellschaftern gezeichneten Gesellschaftsvertrages sowie die Vorlage eines Firmenbuchauszuges erforderlich.

Erläuterungen zur Bewerberliste (bisher Reihungsliste):

Die seit März 2002 geführte Bewerberliste (bisher Reihungsliste) wird weitergeführt und eventuell bereits bestehende Zeiten werden nach den neuen Bewertungskriterien gemäß § 7 Abs. 4 der gesamtvertraglichen Vereinbarung übernommen, womit ein erneuter Antrag auf Aufnahme nicht notwendig ist. Ist ein Arzt noch nicht in die Bewerberliste eingetragen, so erfolgt die Eintragung automatisch im Fall einer ordnungsgemäßen Bewerbung um eine konkrete Planstelle.

Bei Überprüfung der Daten auf den Bewerbungsfragebögen wird insbesondere auch darauf geachtet, ob die Angaben auf den einzelnen Fragebögen im Fall von Mehrfachbewerbungen bzw. gegenüber früheren Bewerbungen übereinstimmen bzw. nachvollziehbar sind. Wir weisen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass Sie mit Ihrer Unterschrift auf dem Bewerbungsfragebogen erklären, nicht nur korrekte sondern auch vollständige Angaben gemacht zu haben. Bewerbungen, welche unerklärliche Differenzen bei den Angaben auf den Fragebögen aufweisen, können daher nicht akzeptiert werden.

Was das Anrechnen von Punkten aus dem Kriterium "Kontinuierliche Bewerbung um Einzelverträge in NÖ" betrifft, so erfolgt die Bewertung (bei Mehrfachbewerbungen) nicht innerhalb sondern vielmehr pro Ausschreibungsrunde.

vollendet hat, ohne Rücksicht auf die Dauer des Beistandes die Hälfte der Vergütung zu, auf welche die nächstwohnende Hebamme Anspruch hat.

Die Verrechnung dieser geburtshilflichen Leistungen hat jedoch nicht über die Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle, sondern direkt mit dem für die Wöchnerin zuständigen Krankenversicherungsträger zu erfolgen.

In diesem Falle stehen dem Vertragsarzt sonstige im "Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und Vergütungen" (Abschnitt C) angeführte Vergütungen - ausgenommen für medizinisch begründete Leistungen - durch die Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle nicht zu.

6. Ärztliche Leistungen, für die eine Genehmigung der Krankenversicherungsträger erforderlich ist, sind im "Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und Vergütungen" (Abschnitt C) besonders angemerkt. Die Bestimmungen des § 14 des Gesamtvertrages sind zu beachten.

   Die Anträge auf Genehmigung sind beim *Ärztlichen* Dienst der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, einzureichen.

7. Vertragsärzte, die zugleich als so genannte "Auchzahnärzte" einen Kassenvertrag besitzen, können weder die Pos. Nr. C/d/170 noch in diesem Zusammenhang einen Krankenkassenscheck verrechnen.

8. Vertragsfachärzte, die zugleich als Primarärzte in einem niederösterreichischen Krankenhaus tätig sind, können Vergütungssätze für Einzelleistungen nicht verrechnen, wenn innerhalb von 24 Stunden eine stationäre Spitalsaufnahme des Patienten erfolgt.

9. Vertragsärzte, welche physiotherapeutische Leistungen (Abschnitt C/e) erbringen, können diese nur dann verrechnen, wenn sie die bezüglichen Physiko-Apparate der für sämtliche § 2-Kassen zuständigen Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, gemeldet haben.

10. Allgemeine Bestimmungen für die Verrechnung und Honorierung von Röntgenleistungen (Abschnitt C/g)

    a) Die Honorierung der Vertragsfachärzte für Radiologie erfolgt grundsätzlich unter Beachtung der Bestimmungen dieser Vereinbarungen zu § 13 des Gesamtvertrages (Abschnitt I) ohne Honorierung einer Grundvergütung und ausschließlich nach den

in Abschnitt C/g angeführten Einzelleistungen unter Bedachtnahme auf die dort angeführten allgemeinen Bestimmungen.

b) Fachärzte anderer Sparten oder Ärzte für Allgemeinmedizin können zur Erbringung bestimmter röntgendiagnostischer Leistungen unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Röntgensachverständigenausschusses über Antrag der Ärztekammer für Niederösterreich von den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern zugelassen werden.

c) Für die Zulassung der unter lit. b) genannten Ärzte ist grundsätzlich Voraussetzung, dass diese die erforderlichen Kenntnisse und geeigneten Apparaturen dem Röntgensachverständigenausschuss nachweisen. Außerdem ist zu beachten, dass Ärzte für Allgemeinmedizin die Zulassung nur erhalten können, wenn am gleichen Ort oder dessen näherer Umgebung kein Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist. Eine allenfalls bereits erteilte Zulassung ist zurückzunehmen, wenn in dem betreffenden Ort oder dessen näherer Umgebung ein Facharzt für Radiologie den Kassenvertrag erhält.

Bei Fachärzten anderer Sparten ist im Falle der Kassenzulassung eines Facharztes für Radiologie am gleichen Ort oder dessen näherer Umgebung zu berücksichtigen, dass nur jene röntgendiagnostischen Leistungen (lit. b) verrechnet werden können, die im Rahmen der klinischen Untersuchung bzw. fachärztlichen Versorgung des Patienten unbedingt erforderlich sind.

d) Die Zusammensetzung, die näheren Aufgaben und Befugnisse des unter lit. b) angeführten Röntgensachverständigenausschusses werden zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern mit verbindlicher Wirkung für sämtliche Vertragsärzte, die Röntgenleistungen erbringen, gesondert vereinbart.

11. a) Anspruch auf Vergütung der Wegegebühren (Abschnitt C/b) besteht unter Beachtung der Bestimmungen des § 12 des Gesamtvertrages erst bei mehr als einem Doppelkilometer. Ist der Anspruch auf Vergütung der Wegegebühren gegeben, gilt der ab dem ersten Doppelkilometer angefangene Kilometer als voll. Vertragsärzte mit Niederlassungsort St. Pölten erhalten eine Pauschalabgeltung im Ausmaß von zwei Doppelkilometergebühren pro Visite, solche mit Niederlassungsort Wr. Neustadt erhalten eine Pauschalabgeltung von einer Doppelkilometergebühr pro Visite.

b) Für die Vertretung an ordinationsfreien Wochentagen eines Vertragsarztes steht dem Vertreter - sofern es sich bei diesem um einen Vertragsarzt handelt - ein Anspruch auf Vergütung der Wegegebühren zu; wenn es sich um eine Erste-Hilfe-Leistung handelt, wird auch die Grundvergütung anerkannt.

h) Der urlaubsvertretende Vertragsarzt ist berechtigt, bei der Prüfung der Anspruchsberechtigung des Kassenpatienten den Sonderfall der Vertretung-Urlaub bzw. Vertretung-Fortbildung anzulegen. Die erstmalige Konsultation des vertretenden Arztes im Quartal wird mit einer Grundvergütung laut Abschnitt C/c zuzüglich der getätigten Einzelleistungen honoriert.

i) Für die Wegegebühren gelten die gleichen Bestimmungen wie unter Punkt 13. In Ausnahmefällen - insbesondere bei besonderen regionalen Gegebenheiten - kann im Einvernehmen zwischen Ärztekammer und Kasse eine Sonderregelung über die Honorierung der Wegegebühren getroffen werden.

j) Der vertretene Vertragsarzt ist berechtigt, sofern er im gleichen Quartal vom Versicherten in Anspruch genommen wird, einen Regelfall anzulegen.

k) Pro Patient kann in einem Quartal nur ein Sonderfall Vertretung-Urlaub/Vertretung-Fortbildung mit Anspruch auf Grundvergütung abgerechnet werden (bei mehreren Vertretungen im selben Quartal müssen alle Leistungen in einem Behandlungsfall eingetragen werden).

l) Falls ein Nichtvertragsarzt zum Vertreter in der Ordination des Vertragsarztes bestellt wird, gelten die Bestimmungen des § 9 des Gesamtvertrages. In diesen Fällen wird keine Vergütung von den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern an den Vertreter geleistet.

15. Zuschlag für Tagesvisiten an Werktagen (C/d/1): Die obere Limitgrenze ergibt sich aus dem Verhältnis der Zahl der Tagesvisiten zu jener der pro Quartal abgerechneten Behandlungsfälle mit 1 : 2. Diese Bestimmung wird im Einvernehmen der Vertragsparteien bis auf weiteres nicht angewendet.

16. "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)"

a) Das Honorar für die Pos. Nr. 19 - "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)" beträgt ab 1.1.2004 € 11,11.

b) Mit der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.

c) Zur Verrechnung der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzte, ausgenommen der Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin, berechtigt.

d) Der Arzt hat die "Ausführliche therapeutische Aussprache" persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z. B. Video) oder die "Ausführliche therapeutische Aussprache" mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. mit Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.

e) Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.

f) Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. Eine zusätzliche Verrechnung der Pos. 8, 9 bzw. 12 am gleichen Tag ist prinzipiell nicht möglich, es sei denn, die Leistungen werden zu unzusammenhängenden Zeiten erbracht (Angabe der Uhrzeit ist unbedingt erforderlich). In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführliche therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.

g) Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinder- *und Jugend*heilkunde in höchstens 18 % der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) in höchstens 11 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar. Für die Berechnung der 18 % bzw. 11 % werden Vertretungsfälle - Urlaubs-, Krankheitsvertretungen u. ä. - nicht herangezogen.

h) Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Bei Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie ist eine gleichzeitige Verrechnung der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" und der Position "Psychotherapeutische Sitzung" bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartales nur mit Begründung möglich.

Eine Zuweisung zum Zweck einer "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die "Ausführliche therapeutische Aussprache" nur dann bei der Erstordination verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine "Ausführliche therapeutische Aussprache" verrechnen.

4. Die Abrechnung der Wegegebühren ist gesondert zu erstellen und der übrigen Honorarabrechnung nicht beizuschließen. Die Wegegebührenabrechnungen sind jeweils für den abgelaufenen Monat abzuschließen und bis zum 10. des folgenden Monats dem zuständigen Krankenkontrollor zu übergeben.

5. a) Die Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger ist angewiesen, dem Vertragsarzt, der die im Punkt 2 vereinbarte Frist zur Rechnungslegung entweder für die gesamte Abrechnung eines Quartals oder für zumindest 20 % der abgerechneten Scheine nicht einhält, 5 (fünf) Prozent von dem diesem Arzt für das betreffende Quartal zustehenden Gesamthonorar in Abzug zu bringen.

   Ein Abzug in der gleichen Höhe kann vorgenommen werden, wenn der Vertragsarzt zum wiederholten Male mit der Übergabe der Wegegebührenabrechnung nach Punkt 4 in Verzug ist.

   Der einbehaltene Betrag wird zur Hälfte dem Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenfonds (AIHV-Fonds) der Ärztekammer für Niederösterreich überwiesen, der Rest als Verwaltungskostenaufwand den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern gutgeschrieben.

   b) Erfolgt die Rechnungslegung ab dem 1.1.2003 nicht nach den Regelungen gemäß Abschnitt B Punkt 1 der Honorarordnung, wird dem Vertragsarzt im Zuge der Honorarabrechnung je erfasstem Beleg ein Betrag in der Höhe von € 0,50 in Abzug gebracht. Der sich daraus ergebende Gesamtabzug für den Vertragsarzt wird auf der Honorarabrechnung ausgewiesen. Den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern werden diese einbehaltenen Beträge bei den Verwaltungskosten gutgeschrieben.

   Beginnend mit der Vorlage von Honorarabrechnungen ab 1.1.2004 erfolgt jeweils zum 1. Jänner eines Kalenderjahres eine Aufwertung des Abzugsbetrages (mathematisch gerundet) im Ausmaß des durchschnittlichen Prozentsatzes der nominellen Tarifanhebung auf Basis der jeweils zuletzt abgeschlossenen Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag. Erfolgt für ein Kalenderjahr keine nominelle Tarifanhebung, wird der Abzugsbetrag nicht aufgewertet. Auf Grund der Zusatzvereinbarung für das Jahr *2007* erhöht sich der genannte Betrag auf *€ 0,56.*

   c) Die Regelung des Punkt 5 lit. b gilt nur für Vertragsärzte, die bereits vor dem 1.1.2003 in einem aufrechten Vertragsverhältnis zu den § 2-Krankenversicherungsträgern im Sinne dieses Gesamtvertrages gestanden sind.

6. *Den Vertragsärzten gebührt eine monatliche Vorauszahlung in der Höhe von 25 % jenes Honorares, das im Vergleichsquartal des Vorjahres überwiesen wurde. Die Überweisung der Vorauszahlungen erfolgt spätestens bis zum 15. eines jeden Monates.*

   Die errechneten Beträge sind auf € 50,00 auf- bzw. abzurunden. Bei der Berechnung der Vorauszahlungen bleiben die aus einer Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung erzielten Honorare unberücksichtigt. Bei Erkrankung des Vertragsarztes und gleichzeitiger Inanspruchnahme der Krankheitsregelung wird die Vorauszahlung für den laufenden Monat überwiesen. Danach wird die Vorauszahlung im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Niederösterreich eingestellt, sofern eine länger dauernde Erkrankung vorauszusehen ist und inzwischen keine den vertraglichen Bestimmungen entsprechende Gesundmeldung erfolgte.

   Vorauszahlungen werden bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des Punktes 2. über die Rechnungslegung im Sinne des § 31 Abs. 2 des Gesamtvertrages nicht gewährt.

7. Die Vorauszahlung für die zur Kassenpraxis neu zugelassenen Ärzte wird bis zur Fertigstellung der ersten Quartalsabrechnung auf Grund der vom Arzt bekannt gegebenen Fälle und des Fallwertes der entsprechenden Fachgruppe vom Vergleichsquartal des Vorjahres ermittelt.

   Die Überweisung erfolgt spätestens bis zum 15. eines jeden Monates in der Höhe von 25 % des errechneten Betrages (gerundet auf € 50,00).

8. *Die Überweisung des restlichen Honoraranteiles für das betreffende Quartal erfolgt unter Beachtung der Bestimmungen dieses Abschnittes spätestens bis Ende des nächstfolgenden Quartals.*

9. *Sämtliche Zahlungen, wie Vorauszahlungen und der restliche Honoraranteil sind von der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger auf ein vom Vertragsarzt bekannt gegebenes Konto eines Geldinstitutes zu leisten. Die Überweisungen sind zeitgerecht mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt, sobald der Auftrag auf Überweisung vom Krankenversicherungsträger an das Geldinstitut spätestens zu den in Z 6 bis 8 genannten Terminen ergangen ist und in der Folge durchgeführt wird. Fällt ein in Z 6 bis 8 genannter Termin bzw. das Ende einer bestimmten Frist auf einen Samstag, Sonn- oder Feiertag, so gilt der letzte Banktag vor Ablauf der Frist als letzter Tag der Frist.*

10. Bei allfälligen Abrechnungs- und Honorardifferenzen sind die Bestimmungen der §§ 31, 32 und 36 des Gesamtvertrages bzw. des § 5 des Einzelvertrages zu beachten.

C.

Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und Vergütungen

Die Honorierung sämtlicher Vertragsärzte in Niederösterreich wird nach folgendem Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und den nachstehenden Vergütungssätzen bzw. Punkten, deren Wirksamkeitsbeginn jeweils angeführt ist, unter grundsätzlicher Beachtung der Bestimmungen der Honorarordnung (Abschnitt A) vorgenommen.

Die vertraglichen Leistungen umfassen:

a) Bereitschaftsdienstpauschale
b) Vergütung für Wegegebühren
c) Grundvergütung
d) Vergütungen für Einzelleistungen
e) Vergütungen für Physiko-Therapie
f) Vergütungen für Laborleistungen
g) Vergütungen für Röntgenleistungen (Diagnostik und Therapie) bei Fachärzten für Radiologie
h) Vergütungen für röntgendiagnostische Untersuchungen durch Fachärzte anderer Sparten oder Ärzte für Allgemeinmedizin

a) Bereitschaftsdienstpauschale

Das Bereitschaftsdienstpauschale beträgt für je angefangene 24 Stunden *€ 171,40.*

b) Vergütung für Wegegebühren

Siehe Bestimmungen der Honorarordnung A/11. Die Vergütung für Wegegebühren beträgt
für den Tagesdoppelkilometer ..... *€ 1,47*
für den Nachtdoppelkilometer ..... *€ 2,21.*

c) Grundvergütung

Für jede gültige Erstkonsultation werden pro Kalendervierteljahr als Grundvergütung den
- Vertragsärzten für Allgemeinmedizin ..... *€ 3,12*
- Vertragsfachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten ..... *€ 2,48*
- Vertragsfachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ..... *€ 2,91*
- Vertragsfachärzten für Innere Medizin ..... *€ 3,80*

- Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde ..... *€ 2,75*
- Vertragsfachärzten für Lungen*krankheiten* ..... *€ 2,53*
- Vertragsfachärzten für Urologie ..... *€ 2,83*
- Fachärzten aller anderen Vertragsfachsparten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Radiologie) ..... *€ 2,46*

honoriert.

Zuschlag zur Grundvergütung für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin ..... *€ 0,40*

d) Vergütungen für Einzelleistungen

Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Punktewert *€ 0,5003*

Mit Ausnahme der Ordinationen und Visiten sowie einzelner Untersuchungen erfolgt die Bewertung der Einzelleistungen nach Punkten.

Die einzelnen Leistungen sind den Fachgebieten entsprechend zusammengefasst:

Pos.-Nr.:	Aus dem Fachgebiet:
1 - 12	Ordinationen und Visiten
19	Ärztliches Gespräch
51 - 54	Vorsorgeuntersuchungen
70 - 90	Mutter-Kind-Pass-Leistungen
100 - 164	Allgemeine Einzelleistungen
170	Leistungen von Ärzten für Allgemeinmedizin ohne Zahnarztvertrag
210 - 240	Augenheilkunde
310 - 341	Oto-, Rhino- und Laryngologie
398 - 406	Endoskopische Untersuchungen
410 - 485	Chirurgie und Orthopädie
486 - 498	Unfallchirurgie
510 - 572	Gynäkologie und Urologie
601 - 699	Dermatologie, Interne Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurologie *und Psychiatrie*

ORDINATIONEN UND VISITEN

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	
1	Tagesvisite an Werktagen	*28,55*	Siehe "Erläuternde Bemerkungen"
2	Dringend verlangte und sofort getätigte Visite an Werktagen	*32,64*	Siehe "Erläuternde Bemerkungen"
3	Nachtordination (20 Uhr bis 7 Uhr)	*24,48*	
4	Nachtvisite (Berufung ab 20 Uhr und Vollendung vor 7 Uhr)	*42,45*	Siehe "Erläuternde Bemerkungen"
5	Visite an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen bzw. während des Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienstzeitraumes (nur Erstvisite oder im Bereitschaftsdienst, bei eigenen Fällen nur nach Berufung)	*29,14*	Siehe "Erläuternde Bemerkungen"
6	Ordination an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen (bei eigenen Fällen nur bei Unfällen oder unabweisbaren Fällen mit Begründung) bzw. während des Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienstzeitraumes. Ordinationen, die an solchen Tagen in die ordentlichen Sprechstunden fallen, können nicht nach dieser Position verrechnet werden (gilt nur für eigene Patienten)	*13,05*	
7	Schriftlicher, erster, an den zuweisenden bzw. behandelnden Vertragsarzt gerichteter, selbst erhobener Befund. Unbedingt erforderlich: Anamnese, Status, Diagnose, Therapievorschlag. Nur verrechenbar von Vertragsfachärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Radiologie). Der Befundbericht ist grundsätzlich nur einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Lediglich bei Zutreffen besonderer Indikationen wird unter Bedachtnahme auf eine entsprechende medizinische Begründung bei Überweisungsfällen die Verrechnung weiterer Befundberichte pro Fall und Quartal anerkannt. Die Begründung ist auf dem Überweisungsschein anzuführen. Die Verrechnung einer weiteren Pos. 7 ist höchstens in 5 % der Überweisungsfälle möglich	*6,45*	Siehe "Erläuternde Bemerkungen"
8	Dringend verlangte Tagesordination außerhalb der üblichen Sprechstunde (Uhrzeit ist anzugeben)	*9,80*	Siehe "Erläuternde Bemerkungen"

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	
9	Ordination mit eingeschränktem Leistungsumfang - darunter sind jene ärztlichen Leistungen in der Ordinationsstätte des Arztes zu verstehen, die weder Ordination (Pos. 12) noch ärztliches Gespräch sind (z. B. Verordnungen, Überweisungen, Rezeptausstellungen)	*2,69*	Siehe "Erläuternde Bemerkungen"
10	Konsilium am Krankenbett über Berufung und im Beisein des behandelnden Arztes, von beiden Ärzten verrechenbar, bei Tag (zusätzliche Tagesvisite ist nicht verrechenbar) Anmerkung: Bei Berufung eines Vertragsfacharztes können Wegegebühren nur vom nächstgelegenen Vertragsfacharzt der einschlägigen Facharztrichtung, bei Berufung eines Vertragsarztes für Allgemeinmedizin vom nächstgelegenen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin aus verrechnet werden.	*27,75*	Siehe "Erläuternde Bemerkungen"
11	Konsilium am Krankenbett über Berufung und im Beisein des behandelnden Arztes, von beiden Ärzten verrechenbar, bei Nacht (zusätzliche Nachtvisite ist nicht verrechenbar) Anmerkung: Bei Berufung eines Vertragsfacharztes können Wegegebühren nur vom nächstgelegenen Vertragsfacharzt der einschlägigen Facharztrichtung, bei Berufung eines Vertragsarztes für Allgemeinmedizin vom nächstgelegenen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin aus verrechnet werden.	*40,81*	Siehe "Erläuternde Bemerkungen"
12	Ordination - darunter sind jene persönlichen ärztlichen Leistungen zu verstehen, die für die Diagnose oder Therapie in der Ordinationsstätte des Arztes erbracht werden <u>Limit-Bestimmungen pro Arzt für Allgemeinmedizin und Quartal:</u> Verhältnis der Pos. 9 zu Pos. 12 maximal 30 : 70. Übersteigt die Anzahl der Pos. 12 diese Relation, erfolgt eine Umwandlung derart, dass zwischen den Pos. 9 und 12 das Verhältnis 30 : 70 hergestellt ist. <u>Limit-Bestimmungen aller Ärzte pro Jahr:</u> Die Summe der Pos. 9 und 12 darf das Dreifache der Fälle mit Grundvergütung nicht überschreiten. Die Verrechnung der Pos. 9 oder 12 ist bei alleiniger Erbringung von Physikoleistungen nicht möglich.	*7,02*	Siehe "Erläuternde Bemerkungen"

ALLGEMEINE EINZELLEISTUNGEN

Die Bereitstellung von Farbstoffen und Reagenzien, Objektträgern, Fixiermitteln, Teststreifen, Instrumenten, Nahtmaterialien, Abdeckungen und ähnlichem ist bei allen Leistungen schon bei der Erstellung der Punktezahl berücksichtigt und kann vom Arzt nicht extra in Rechnung gestellt werden.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA, F 100	Abnahme und Fixierung eines gynäkologisch-cytologischen Abstriches einschließlich Versandkosten	10	
PA, F 55	Abnahme und Fixierung eines gynäkologisch-cytologischen Abstriches **im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung** einschließlich Versandkosten	10	Durchführung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung mit Ausnahme einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung nach dem Gesamtvertrag vom 1. Jänner 1988 (Pos. 54) bzw. für Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei Zuweisung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung.
104	Blutabnahme aus der Vene zur Laboruntersuchung	8	Nicht gleichzeitig mit Pos. 111 verrechenbar. Die Pos. 104 kann nicht verrechnet werden, wenn die Blutabnahme nur zur Verrechnung einer oder mehrerer der nachstehend angeführten Positionen erfolgt: 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 828, 829, 839, 843, 844, 845, 846, 847. Die alleinige Verrechnung dieser Position ist nur möglich, wenn das Blut zur weiteren Versendung gebraucht wird. Diese Versendung ist am Krankenkassenscheck zu vermerken.
105	Blutabnahme aus der Vene zur Laboruntersuchung	14	Bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr. Die Anmerkung zu Pos. 104 hat auch hier Gültigkeit.
109	Wartezeit über die erste halbe Stunde hinaus, für jede weitere halbe Stunde	55	Verrechenbar bei Pos. Nr. 510, 512, höchstens zehn halbe Stunden, sowie bei Pos. 116 und 117, jedoch nur am Krankenbett sowie bei lebensnotwendiger Begleitung im Rettungsfahrzeug als auch bei lebensbedrohlichen akuten Notfällen (Diagnose ist anzugeben).
110	Intramuskuläre, subcutane, intracutane Injektion, pro Injektion	5	Bis zu 3 Quaddeln in einer Sitzung gelten jeweils als eine Injektion. Voraussetzung für die Abrechnung mehrmaliger i. m. Injektionen pro Sitzung ist jeweils ein erneuter Einstich.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
111	Intravenöse Injektion	10	
112	Intravenöse Injektion	20	Bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.
113	Eigenblutinjektion einschließlich Blutabnahme	20	Höchstens 10 Injektionen pro Fall und Quartal verrechenbar.
114	Aderlass durch Venenpunktion	20	
115	Subcutane Infusion	30	Bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.
116	Intravenöse Infusion	30	Siehe auch Pos. 109. Im Honorar für diese Leistung ist das Infusionsbesteck inkludiert, es muss daher vom Vertragsarzt beigestellt, darf nicht separat rezeptiert oder durch Zuzahlung finanziert werden. Mindestens 250 ml Infusionslösung und mindestens 30 Minuten Liegezeit. Individuelle Dosierung und Liegezeit im Kindesalter. Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 104, Pos. 105 und Pos. 115. Mit Pos. 111 oder Pos. 112 nur mit besonderer Begründung gleichzeitig verrechenbar. Siehe "Erläuternde Bemerkungen".
I, Uch 117	Bluttransfusion, inklusive Kreuzprobe	200	Siehe auch Pos. 109.
118	Venaesektio	70	
119	Intraarterielle Injektion	40	
120	Intracardiale Injektion	30	
PA, Ch, I, O, Uch 121	Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke, pro Gelenk	20	Anästhesie nicht gesondert verrechenbar.

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
PA, Ch, I, O, Uch 122	Intraarticuläre Injektion in große Gelenke, pro Gelenk (nur Hüfte, Knie, Schulter, Ellbogen)	*€ 19,72*	Anästhesie nicht gesondert verrechenbar.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
	123	Unblutige Implantation mit Troikart	30	Kann nur dreimal pro Fall und Quartal verrechnet werden. Anästhesie nicht gesondert verrechenbar.
PA, Ch, I, K, O, Uch	124	Punktion von Ergüssen kleiner Gelenke therapeutisch, event. Instillation inbegriffen	30	Anästhesie nicht gesondert verrechenbar, außer bei akuten Verletzungen.
PA, Ch, I, K, O, Uch	125	Punktion von Ergüssen großer Gelenke (nur Hüfte, Knie, Schulter, Ellbogen) therapeutisch, event. Instillation inbegriffen	55	Anästhesie nicht gesondert verrechenbar, außer bei akuten Verletzungen.
Ch, O, Uch	129	Plexusanästhesie	40	
	130	Inhalations- oder intravenöse Narkose	90	
	131	Infiltrationsanästhesie, Leitungsanästhesie	30	
	132	Regionale bzw. segmentale Infiltrationsanästhesie als Heilbehandlung je Region und Seite	20	Höchstens zweimal pro Tag verrechenbar. Die Behandlung hat am Schmerzpunkt zu erfolgen. Methoden der Neuraltherapie sind nicht verrechenbar. Die behandelte Region ist anzugeben. Quaddelung nicht unter Pos. 132 verrechenbar. Über 10 Infiltrationen nur nach vorheriger chefärztlicher Genehmigung.
N, O	133	Injektion an den peripheren Nerv. Peri - endo u. epineurale Infiltration	30	Aus der Diagnose muss die Lokalisation genau hervorgehen. Methoden der Neuraltherapie sind nicht verrechenbar. Höchstens dreimal pro Fall und Quartal.
PA, I, N, O, L, Ch, Uch	134	Injektion oder Infiltration an die Nervenwurzel oder an den Nervenstamm	55	Höchstens dreimal, für Orthopäden höchstens fünfmal pro Fall und Quartal verrechenbar, Region ist anzugeben.
O	135	Manuelle Therapie	22	In 50 % der Fälle jeweils höchstens dreimal pro Fall und Quartal verrechenbar. Ausbildungsnachweis erforderlich.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
K, N, Uch	140	Lumbalpunktion	120	
I, K	141	Knochenmarkspunktion	40	
	142	Punktion aus oberflächlichen Körpergebilden (z. B. Cyste, Lymphknoten, Schleimbeutel, Haematom u. ä., ausgenommen bei Abszessen)	20	
	143	Punktion der Brust- oder Bauchhöhle oder der Prostata, inklusive eventueller Injektion, diagnostisch	55	
	144	Punktion der Brust- oder Bauchhöhle, inklusive eventueller Injektion, therapeutisch	120	
PA, D, Ch	150	I. v. Injektion zur Varizenverödung (Besenreiservenen ausgenommen)	20	Maximal zehn Injektionen pro Extremität und Quartal verrechenbar.
PA, D, Ch, Uch	151	Elastischer oder fixer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiauflagen	30	Nur bei statischen Beinleiden infolge Venenerkrankung, Erstanlage pro Behandlungsfall und Extremität. Siehe "Erläuternde Bemerkungen"
PA, D, Ch, Uch	152	Korrektur des Kompressionsverbandes gemäß Pos. 151	30	
	153	Anlegen eines Zinkleimverbandes	10	
	158	Volumsauffüllung durch Infusion zur Schockbekämpfung	40	Diagnose ist anzugeben. Im Honorar für diese Leistung ist das Infusionsbesteck inkludiert. Es muss daher vom Vertragsarzt beigestellt, darf nicht separat rezeptiert oder durch Zuzahlung finanziert werden.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
159	Endotracheale Intubation im Zusammenhang mit Erstversorgung im Notfall	70	
160	Wiederbelebungsversuch (ausgenommen bei Neugeborenen)	150	
161	Magenspülung bei Vergiftungen	90	
162	Reposition einer incarc. Hernie	40	
163	Abtragung einer oder mehrerer großer Brandblasen bzw. ausgedehnte o. tiefreichende Nekrosenabtragung	20	Im Verlauf derselben Behandlung nur einmal pro Tag und maximal dreimal pro Behandlungsfall verrechenbar.
164	Digitale rectale Untersuchung	5	

LEISTUNGEN VON ÄRZTEN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN OHNE ZAHNARZTVERTRAG

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA 170	Zahnextraktion	15	Anästhesie separat verrechenbar.

Zur Beachtung! Auchzahnärzte können diese Position und im Zusammenhang damit auch einen Krankenkassenscheck n i c h t verrechnen, sondern verrechnen lediglich nach dem Tarif für Auchzahnärzte.

LEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIETE DER AUGENHEILKUNDE

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
	210	Fremdkörperentfernung aus der Cornea, einschließlich Anästhesie	45	
PA, Au, Ch, D	211	Operative Entfernung kleiner Geschwülste im Bereiche der Lider (z. B. Chalazion)	55	
Au	212	Flügelfelloperation (Pterygium)	212	Die Verwendung von atraumatischem Nahtmaterial ist zwingend vorgeschrieben.
Au	213	Lidoperation	181	Die Verwendung von atraumatischem Nahtmaterial ist zwingend vorgeschrieben.
Au	215	Erstmalige Sondierung oder Spülung der Tränenwege, je Seite, einschließlich Anästhesie	46	Nur einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Inkl. Oberflächenanästhesie.
Au	216	jede weitere Sondierung der Tränenwege, je Seite, einschließlich Anästhesie	15	Inkl. Oberflächenanästhesie.
Au	217	Hornhautabrasio bei flächenhaften Erkrankungen des Hornhautepithels, einschließlich Anästhesie	72	Nicht bei Rostringentfernung verrechenbar.
(PA), Au	218	Spaltlampenuntersuchung	10	Höchstens achtmal pro Fall und Quartal verrechenbar, darüber hinaus mit chefärztlicher Bewilligung.
Au	219	Skiaskopie oder Bestimmung des Astigmatismus nach Javal	20	
Au	220	Gesichtsfeldbestimmung	40	
Au	221	Tonometrie	15	Inkl. Oberflächenanästhesie.

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
Au 222	Applanationstonometrie oder Tonographie bei begründetem Glaukomverdacht	*€ 12,32*	Inkl. Oberflächenanästhesie. Siehe "Erläuternde Bemerkungen".

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
Au 223	Prüfung des Muskelgleichgewichtes (Heterophoriebestimmung)	10	
Au 224	Prüfung auf Doppelbilder (Hess-Schirm)	10	Mit medizinischer Begründung.
Au 225	Retrobulbäre Injektion	21	
Au 226	Orthoptischer Befund bzw. Behandlungssitzung	20	Je Sitzung.
Au 227	Pleoptischer Befund bzw. Behandlungssitzung	21	Je Sitzung.
Au 228	Ophtalmodynamometrie zur Messung des Netzhautarteriendruckes bzw. des Druckes in der Arteria carotis inklusive der notwendigen Tonometrien	56	
PA, Au 229	Epilation der Trichiasis, je Seite, einschließlich Anästhesie	21	
Au 230	Kontaktglasuntersuchung bei Glaukomverdacht, Verdacht auf Netzhautriss oder Myopia gravis	26	Inkl. Oberflächenanästhesie.
Au 231	Besonders eingehende Untersuchung des Augenhintergrundes bei medikamentös erweiterter Pupille in besonderen Fällen (Diabetes, Schädeltumore, Netzhautablösung)	11	

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
O, Uch	466	Gipsschale	120	
Ch, O, Uch	467	Gipsmieder oder Gipsbett	250	
		Abnahme von Gipsverbänden:		
PA, Ch, O, Uch	468	verrechenbar bei Pos. 449 (Unterarm), 456, 459	20	
PA, Ch, O, Uch	469	verrechenbar bei Pos. 449 (Unterschenkel), 450, 453, 454, 457, 460, 461, 462, 467 (Gipsmieder)	40	

Vergütung für Sonographie:

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
O	479	Sonographie von Weichteilen, insbesondere der Schulter, der Archillessehne sowie einer Bakerzyste	*16,33*	In 15 % der Fälle, max. zweimal pro Tag verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises über die Ärztekammer zu beantragen.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
K, O	480	Behandlung der angeborenen Hüftgelenksdysplasie nach allen Methoden (ohne Gipsverband)	41	Außer Breitwickeln oder Spreizkissen. Nur einmal pro Monat.
O	481	Redressement des Klumpfußes oder eines kontrakten Spitzfußes mit anschließender Fixation mittels Gipsverbandes einschl. Gipsabnahme, höchstens 12 Behandlungen pro Fall und Quartal und Fuß	160	Bis zum vollendeten ersten Lebensjahr.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
O	482	Alle sonstigen Fußdeformitäten, die mit redressierenden Gipsmodellen zu behandeln sind, mit Ausnahme von Klumpfuß u. kontraktem Spitzfuß, inkl. Gipsanlegung und Gipsabnahme	140	Bis zum vollendeten 1. Lebensjahr. In Kombination mit Pos. 481 nicht verrechenbar.
K, O	483	Korrekturerhaltung des Klump-, Spitz- oder kontrakten Sichelfußes durch Schienen oder Redressionsschuhe	20	Einmal pro Fall und Quartal je Seite verrechenbar.
O	484	Gipsmodell für einen Fuß oder für zwei Füße, wenn das Modell vom Arzt persönlich modelliert wurde	28	

Vergütung für Sonographie:

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
K, O	485	Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht	*32,64*	Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises über die Ärztekammer zu beantragen.

LEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN GYNÄKOLOGIE UND UROLOGIE

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
PA, F	510	Beistand bei der Geburt in Anwesenheit der Hebamme	200	
	511	Beistand bei der Geburt in Abwesenheit der Hebamme		Mit der jeweiligen Kasse nach dem Hebammentarif direkt abzurechnen.
PA, F	512	Manualhilfe bei Steißlage	300	
PA, F	513	Naht eines Dammrisses I und II oder Episiotomie, inklusive Naht	150	
PA, F	514	Naht eines Dammrisses III inklusive Naht der Sphinktermuskulatur	500	
PA, F	515	Manuelle Plazentalösung	400	
F	517	Entfernung eines eingewachsenen Pessars	40	
F	518	Erste Applikation oder Wechsel eines Pessars	25	
PA, F	520	Incision eines Bartholin'schen Abszesses	40	Auch elektrochirurgisch.
F	521	Exstirpation einer Bartholin'schen Cyste in toto	90	Histologischer Befund ist drei Jahre aufzubewahren.
F	523	Polypenentfernung aus der Vagina	40	
F	524	Polypenentfernung aus der Cervix, inklusive Nachcurettage der Endocervix	91	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
F 525	Exstirpation kleinerer Geschwülste aus der Vagina	70	
F 526	Probeexcision aus Vulva oder Vagina	56	
F 527	Elektrokauterisation der Portioerosion oder Scarifikation der Portio	55	
F 529	Strichabrasio	70	
F 530	Abrasio mucosae uteri, vollständig (Probecurettage, vollständig)	250	Nicht bei Interruptio. Histobefund ist drei Jahre aufzubewahren.
F 531	Operative Beendigung eines Abortus incompletus	350	
F 532	Kolposkopie	21	Höchstens zweimal pro Fall und Quartal verrechenbar.
F 533	Probeexcision aus der Portio, inklusive Naht	91	
F 534	Konisation der Portio	250	Nicht verrechenbar bei elektrochirurgischer Konusgewinnung.

Vergütungen für Sonographie:

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
F 536	Sonographie bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft (Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken - Leibesfrucht)	*18,57*	Ausbildungsnachweis erforderlich.

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
F	537	Sonographie von Tumoren im Unterbauch	*18,57*	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Ausbildungsnachweis erforderlich.
F	538	Vaginosonographie	*25,95*	In 10 % der Fälle verrechenbar. Ausbildungsnachweis erforderlich.
F	539	Sonographie bei normalem Schwangerschaftsverlauf	*20,39*	Einmal in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche verrechenbar. Ausbildungsnachweis erforderlich.
F	540	Sonographie bei normalem Schwangerschaftsverlauf	*20,39*	Einmal in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche verrechenbar. Ausbildungsnachweis erforderlich.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
U	548	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	40	In maximal 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Die Gerätemeldung ist der Kasse vorzulegen.
	549	Katheterismus bei der Frau, therapeutisch	10	Zur Restharnbestimmung nur von Fachärzten für Urologie und Gynäkologie verrechenbar. Zus. mit Pos. 910 nur von Fachärzten für Urologie verrechenbar. Zus. mit Pos. 914 nur von Fachärzten für Gynäkologie und Urologie verrechenbar. Zus. mit Pos. 911, 912 und 913 nicht verrechenbar. Zus. mit Pos. 920 verrechenbar. Für Urologen in max. 30 % der Fälle zus. mit Pos. 914 und 920 verrechenbar. Für Gynäkologen in max. 10 % der Fälle zus. mit Pos. 914 verrechenbar.
	550	Katheterismus beim Mann, therapeutisch	20	Zur Restharnbestimmung nur von Fachärzten für Urologie verrechenbar. Zus. mit Pos. 910, 911, 912, 913 und 914 nicht verrechenbar.
PA, Ch, F, K, U	551	Einlegen eines Verweilkatheters	30	
PA, Ch, F, K, U	552	Blasenspülung	5	

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
U	553	Bougierung bei Harnröhrenstriktur	20	
PA, U, Ch	554	Punktion einer Hydrocele	30	
(PA), U	555	Punktion der Harnblase mit Anlegen einer suprapubischen Ableitung	60	
Ch, U	556	Operation einer Paraphimose	55	
Ch, U	557	Operation einer Phimose	150	
Ch, D, U	558	Frenulotomie nach Verletzungen	50	
U	559	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)	40	
U	560	Endoskopie (Cystoskopie) der Harnblase	92	Einschließlich Katheterismus. Nicht mit Pos. 561, 562, 563, 567, 571 verrechenbar.
U	561	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromocystoskopie)	124	Einschließlich Katheterismus. Nicht mit Pos. 562, 563, 567, 571 verrechenbar.
U	562	Endoskopie der Harnblase, verbunden mit Katheterismus oder Sondierung eines Harnleiters oder eines Nierenbeckens, einschließlich Katheterismus der Harnblase	150	
U	563	Endoskopie der Harnblase, verbunden mit Katheterismus oder Sondierung beider Harnleiter oder beider Nierenbecken, einschließlich Katheterismus der Harnblase	200	
U	564	Operative Polypenentfernung aus der Urethra, exclusive carunculae urethrales bei der Frau	120	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
U 565	Elektrokoagulation eines Blasentumors oder Fremdkörper bzw. Steinentfernung, Stillung einer intravesikalen Nachblutung (eigene Diagnose erforderlich)	120	Nicht mit Pos. 570 und 571 verrechenbar.
U 566	Lithotripsie	400	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
U 567	Endoskopie der Harnblase, verbunden mit Schlingensondierung eines Harnleiters	200	
U 568	Evakuation der Blase	70	
K, U 569	Cystoskopie unter 14 Jahren	120	
U 570	Probeexcision aus der Blase ohne Koagulation (inklusive Cystoskopie)	120	
U 571	Probeexcision aus der Blase mit anschließender Koagulation (inklusive Cystoskopie)	150	

Vergütung für Sonographie:

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
U 572	Urologische Ultraschalluntersuchung pro Untersuchungsfeld (pro Patient und Tag sind höchstens zwei Untersuchungsfelder verrechenbar) einschl. Befunderstellung und Dokumentation	*20,39*	Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises über die Ärztekammer zu beantragen. Als Untersuchungsfelder gelten: a) Nieren und Retroperitoneum b) Unterbauch (einschl. Restharn und Prostata) c) Scrotum (Hoden und Nebenhoden) Die Zahl der verrechneten Felder darf 50 % der Fälle nicht übersteigen.

LEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN DERMATOLOGIE, INTERNE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, LUNGENKRANKHEITEN, NEUROLOGIE *UND PSYCHIATRIE*

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
D	601	Auflichtuntersuchung/ Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nicht pigmentierten Hauttumoren mittels Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie pro suspekter Läsion	*3,28*	Pro Arzt und Quartal in maximal 9 % der Fälle verrechenbar (Ausnahmen nur mit besonderer medizinischer Begründung). Pro Patient und Jahr können höchstens 6 Läsionen in Rechnung gestellt werden.
D	602	Allergologische Exploration	*6,28*	In maximal 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht mit Pos. 19 verrechenbar.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
D	609	Epicutan-Test bis 25 Läppchen	61	Das Verhältnis der Pos. 609 zu Pos. 610 darf 50 : 50 nicht überschreiten. Überschreitungen bei der Pos. 610 werden auf Pos. 609 gekürzt. Beide Positionen miteinander können nur in 6 % der abgerechneten Fälle honoriert werden.
D	610	Epicutan-Test bei mehr als 25 Läppchen	101	
At, D, K, L	612	Allergietestung: Intracutan-Test, Prick-Test 1 - 7 Tests	10	Maximal 60 Punkte pro Patient und Jahr verrechenbar. Inkl. Eintragung in Notfallkarte oder Allergiepass.
At, D, K, L	613	Allergietestung: Intracutan-Test, Prick-Test 1 - 14 Tests	20	
At, D, K, L	614	Allergietestung: Intracutan-Test, Prick-Test 1 - 30 Tests	40	

Vergütungen für Sonographie:

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
I, Ch, K 617	Sonographie des Oberbauches, komplett	*36,73*	Alle Sonographien zusammen in 30 % der Fälle. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises über die Ärztekammer zu beantragen.
I, Ch, K 618	Sonographie des rechten Oberbauches	*24,48*	
I, Ch, K 619	Sonographie der beiden Nieren und Retroperitoneum	*26,12*	

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
PA, At, I, K 620	EKG mit zwölf Ableitungen	*€ 39,43*	Die Streifen sind mit Befundung drei Jahre aufzubewahren. Schriftlicher, persönlich erstellter Befund ist erforderlich. Computerausdruck ist nicht ausreichend. Siehe "Erläuternde Bemerkungen".

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
I, K 621	Langer Streifen zur Arrhythmie - Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableit. mind. zwei Minuten)	10	Die Streifen sind mit Befundung drei Jahre aufzubewahren. Schriftlicher, persönlich erstellter Befund ist erforderlich. Computerausdruck ist nicht ausreichend. In 10 % der EKG-Fälle verrechenbar.
I 622	Langzeit-EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung)	156	In maximal 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. Ein Durchschlag des Befundes ist 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Zuweisung innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundvergütung, möglich.
PA, At, I, K 625	EKG am Krankenbett, Zuschlag	20	
I, K 626	Phonokardiogramm	55	In 10 % der Fälle verrechenbar.

Pos. Nr.		Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
D, I, Ch	627	Pulsatorische Blutflussmessungen mit graphischer Kurvendarstellung Venen und Arterien. Rheographie, Plethysmographie	49	Diese Position ist nur einmal pro Tag, in 10 % der Fälle auch ein zweites Mal pro Tag verrechenbar.
	628	Oszillometrie, graphische Darstellung	30	Nicht mit Pos. 627 im selben Quartal verrechenbar.
I	629	Ergometrie mit graphischer Dokumentation, inklusive Ruhe-EKG und mindestens zwölf Ableitungen	155	Nur einmal pro Fall und Quartal verrechenbar, gleichzeitig kein weiteres EKG verrechenbar. Nachweis der Ausbildung entsprechend den Richtlinien der österreichischen kardiologischen Gesellschaft erforderlich. Nur als Sondervereinbarung.
I, K	630	Phonokardiogramm für Kinder	110	Bis zum vollend. 4. Lebensjahr. Für I verrechenbar in 5 % der Fälle. Für K verrechenbar in 10 % der Fälle.
I	631	Echokardiographie konventionell (M-Mode und zweidimensionale Darstellung) einschließlich Befunderstellung und Dokumentation mittels Videobandes	109	In 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises über die Ärztekammer zu beantragen. Zuweisung innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundvergütung, möglich.
PA, Ch, K, U	650	Lösung der Conglutination des praeputium	30	Nach vollendetem 2. Lebensjahr.
PA, K, N, U	652	Eingehende Beratung und Behandlung der Enuresis	30	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Für Kinder nach dem vollendeten 3. Lebensjahr.
PA, D, K	653	Detaillierter individueller schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeborenen, dyspeptischen oder dystrophischen Kindern sowie bei Ekzemkindern, bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen und bei allergischen Erkrankungen. Eine Durchschrift des Befundes ist der Abrechnung beizuschließen.	40	Bis zum vollendeten 6. Lebensjahr. Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Vordrucke sind nicht zu verwenden. Siehe "Erläuternde Bemerkungen".

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
N 699	Elektroenzephalographische Untersuchung - EEG	*45,71*	In maximal 25 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Ausbildungsnachweises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. Zuweisung innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundvergütung, möglich.

Fachspezifischer Zuschlag für jeden gültigen Behandlungsschein (Krankenkassenscheck, Überweisungsschein und Erste-Hilfe-Beiblatt) für Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	*€ 0,81*
Fachspezifischer Zuschlag für jeden gültigen Behandlungsschein (Krankenkassenscheck, Überweisungsschein und Erste-Hilfe-Beiblatt) für Vertragsfachärzte für Neurologie *und Psychiatrie*	€ 0,09

e) Vergütungen für Physiko-Therapie

Physikoleistungen, die an mehreren Körperstellen angewandt werden, müssen mit Angabe der Stelle abgerechnet werden. Grundsätzlich ist die Pos. 9 oder 12 mit der alleinigen Verrechnung von Physikoleistungen nicht möglich. Die physikalischen Leistungen sind in Gruppen eingeteilt. Aus jeder Gruppe kann in Kombination nur eine Position pro Tag verrechnet werden.

Gruppe 1: Wärme (710, 715, 716, 717, 718, 726)

Gruppe 2: Strom (711, 712, 713, 714, 730, 731, 732)

Gruppe 3: Gymnastik (721, 722)

Gruppe 4: Massage (723)

Gruppe 5: Extensionen (724, 725)

Gruppe 6: Inhalation (720)

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
	710	Kurzwellen (Dezimeterwellen)	*1,63*	
PA, Ch, I, K, N, L, O	711	Galvanisation, Faradisation	*1,24*	
PA, Ch, K, N, O, I	712	Jontophorese	*1,40*	Medikament ist zu rezeptieren.
PA, Ch, I, K, N, O	713	Reizstromtherapie (Exponentialstrom) und Impulsbehandlung zur Analgesie (mit elektronisch gesteuerten Geräten)	*2,46*	
PA, Ch, K, O, N	714	Kombinierte Frequenztherapie	*1,63*	Zwanzigmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
PA, Ch, D, K	715	Quarzlicht, Höhensonne	*1,21*	Einmal pro Tag verrechenbar, maximal zwanzigmal pro Fall und Quartal.
PA, Ch, K, L, O	716	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus, Vitalux u. ä.)	*0,81*	Einmal pro Tag und Patient verrechenbar, ausgenommen Bestrahlung beider Ohren.

Pos. Nr.		Art der Leistung	€	Anmerkung
PA, Ch, K, L, O	717	Heißluft, Lichtbad	*1,10*	
D	718	Phototherapie bei Psoriasis oder Neurodermitis (Salmannlampe, UVA-, PUVA-, SUP-Lampe)	*4,40*	Max. 30 Behandlungen pro Patient und Quartal, in jedem Fall ist die Pos. 9 oder 12 zusätzlich zu Pos. 718 verrechenbar.
PA, At, I, K, L	720	Aerosolinhalation	*1,10*	Medikament ist zu rezeptieren.
O*)	721	Heilgymnastik, Gruppenturnen je Patient	*2,46*	Auch durch qualifizierte(n) Assistentin/Assistenten mit von der Kasse anerkanntem Befähigungsnachweis. Behandlungsdauer mindestens 30 Minuten, maximal zehn Personen.
O*)	722	Heilgymnastik, orthopädisches Einzelturnen	*4,89*	Auch durch qualifizierte(n) Assistentin/Assistenten mit von der Kasse anerkanntem Befähigungsnachweis. Behandlungsdauer mindestens 15 Minuten, zehnmal pro Fall verrechenbar.
*) Zu Pos. 721 und 722: Gezielte Bewegungstherapie zur Behebung von Schäden an Muskeln, Sehnen, Bindegewebe, Gelenken und Nerven durch gezielte aktive oder passive Übungen.				
PA, I, O	723	Manuelle Massage (Teilmassage)	*4,08*	Auch durch qualifizierte(n) Assistentin/Assistenten mit von der Kasse anerkanntem Befähigungsnachweis. Behandlungsdauer mindestens zehn Minuten, Gerätemassage ausgeschlossen.
PA, Ch, O	724	Extensionsbehandlung (konstante Extension, Glisson)	*1,24*	
PA, Ch, O	725	Extension der Lendenwirbelsäule mit rhythmisch-automatisch arbeitenden Geräten, inklusive aller sonstigen mit dem Gerät gleichzeitig angewandten physikalischen Behandlungen	*3,28*	

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
PA, Ch, O 726	Therapeutischer Ultraschall	*2,46*	Zehnmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
PA, Ch, I, N, O 730	Schwellstrom	*1,47*	
PA, Ch, I, N, O 731	Galvanisches Zweizellenbad	*1,47*	
PA, Ch, I, N, O 732	Galvanisches Vierzellenbad	*1,80*	

V. Sonstige radiologische Untersuchungen

Art der Leistung	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)		Anmerkung
	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	Pos. Nr.	Tarif	
Knochendichtemessung mittels Dual Energy X-RAY Absorptionsmessung (DEXA)	90	29,55	190	28,00	290	26,44	Nicht als Screening sondern nur mit medizinischer Indikation. Wiederholungsuntersuchung frühestens nach einem Jahr, außer mit medizinischer Begründung. Anmerkung: Gerätenachweis ist der Ärztekammer für Niederösterreich und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse vorzulegen.

h) Vergütung für röntgendiagnostische Untersuchungen durch Fachärzte anderer Sparten oder Ärzte für Allgemeinmedizin

Bei Erbringung von Röntgenleistungen sind grundsätzlich die Bestimmungen der Honorarordnung A/10 zu beachten.

a) Honorartarif

Für die ärztliche Tätigkeit bei Anwendung des Röntgenapparates im Zuge einer Untersuchung beträgt das Honorar

	€
Ersthonorar	*4,66*
Zweithonorar	*2,15*
Bei Zahnaufnahmen für den 1. bis 3. Film	*4,66*
Für je weitere 1 bis 3 Filme	*2,15*

b) Unkostentarif

	€
Durchleuchtung	*3,25*
Durchleuchtung mit Kontrastbrei (einschließlich Kontrastmittel)	*4,16*

	Film €
Aufnahme 9 x 12	*2,52*
Aufnahme 13 x 18	*3,17*
Aufnahme 18 x 24	*3,99*
Aufnahme 15 x 40	*4,45*
Aufnahme 24 x 30	*4,73*
Aufnahme 30 x 40	*6,13*
1. Zahnfilm	*1,70*
jeder weitere	*0,65*

	Film €
Bei Pneumothoraxkontrollen beträgt die Gesamtvergütung (Honorar und Unkosten)	*2,96*

Den Fachärzten für Lungenkrankheiten wird ein Zuschlag für dosissparende Durchleuchtungen mittels elektronischer Geräte in der Höhe von *€ 2,28* pro Durchleuchtung zugestanden.

D.

Schlussbestimmungen

Die Vertragsparteien kommen überein, gemeinsam auf die Vertragsärzte mit dem Ziel einzuwirken, eine Verminderung der sonstigen durch ärztliche Tätigkeit verursachten Kosten (Arbeitsunfähigkeitsdauer, Spitalseinweisungen, Transportkosten, Fahrtspesen, Medikamentekosten) zu erreichen.

Wien, 21. März 1994

Stichwortverzeichnis

Register

A

Abgabe von Abrechnungen ..... A 5

Abrechnung, Durchführung und Honorierung von Vorsorgeuntersuchungen ab 1. Oktober 2005 ..... V 1

Allgemeine öffentliche Krankenanstalten Niederösterreichs - Durchführung von Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit den Vorschriften über den Mutter-Kind-Pass ..... M 2

Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Universitätsklinik für Arbeitsmedizin; Einweisung ..... E 3

Ambulatorien für Computertomographie - Abschluss von Verträgen ..... C 1

Ambulatorien für Magnetresonanztomographie - Abschluss von Verträgen ..... M 6

Arbeitskreis Heilmittel – "Allzu viel ist ungesund" – Gemeinsam für Patientensicherheit und optimale Versorgung im Heilmittelbereich ..... H 9

Arbeitsunfähigkeit - Feststellung bzw. Meldung durch den Vertragsarzt; Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger (§§ 23 bis 25 des Gesamtvertrages) ..... A 1

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Krankenprotokollbuch – gelb bzw. Formularvordruck neu) - Ausfertigung ..... A 2

Arzneimittel-Bewilligungs-Service (ABS) ..... A 6

Ärztliche Bestätigungen im Zusammenhang mit einer Pflegefreistellung (Pflegeurlaub) ..... P 2

Ärztliche Hilfe für Anspruchsberechtigte der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) ab 1.7.1998 ..... A 4

"Ärztlicher Koordinationszuschlag" – Projekt ..... K 2

"Ärztliches Gespräch" - Einzelleistungsposition ..... E 1

Ausfertigung von Drucksorten, Belegen etc. ..... A 3

"Aussprache (ausführliche diagnostisch-therapeutische) zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)" - Vereinbarung über die Neuregelung der Einzelleistungsposition ..... E 1

Ausstellung von Kassenrezepten ..... K 1

B

Bauern - Ärztliche Hilfe für Anspruchsberechtigte der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) ab 1.7.1998 ..... A 4

Befreiung von der Rezeptgebühr ..... R 2

Belege, Drucksorten etc. - Ausfertigung ..... A 3

Bemerkungen (erläuternde); Leistungspositionen - Sondervereinbarungen ..... B 1

Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit (gelb) - Ausfertigung Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Krankenprotokollbuch – gelb bzw. Formularvordruck neu) ..... A 2

Bestätigungen (ärztliche) - Ausfertigung im Zusammenhang mit einer Pflegefreistellung (Pflegeurlaub) ..... P 2

Bewilligungspflicht bzw. -freiheit von Sehbehelfen ..... S 1

C

Computertomographie (Ambulatorien für) - Abschluss von Verträgen ..... C 1

E

e-card-Vorgangsweise ab 1.1.2009 für Versicherte der § 2-Kassen und SVB ..... E 7

EDV-Rechnungslegung von Vertragsärzten (ausgenommen Zahnbehandler) ..... R 1

Einweisung in die Universitätsklinik für Arbeitsmedizin des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien ..... E 3

Einweisung von Patienten in Krankenanstalten ..... E 2

Einzelleistungsposition "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)" ..... E 1

Elektronische Formulare..... F 2

Erläuternde Bemerkungen (Leistungspositionen - Sondervereinbarungen) ..... B 1

Erstattungskodex - Ablösung des Heilmittelverzeichnisses ab 1.1.2005..... E 6

EU/EWR - Behandlungsverpflichtung von Personen aus "EU/EWR-Ländern" ..... E 4

F

Feststellung bzw. Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt; Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger (§§ 23 bis 25 des Gesamtvertrages) ..... A 1

Feststellungen der Vertragspartnerkontrolle ..... V 4

Formulare – elektronisch ..... *F 2*

FSME-Schutzimpfung - Verrechnung des Kostenzuschusses ..... F 1

G

Gruppenpraxen-Gesamtvertrag ab 1. April 2009 ..... *G 2*

Gruppenpraxen-Gesamtvertrag für Radiologie ab 1. Juli 2006 ..... G 1

H

Hauskrankenpflege (krankenhausersetzende medizinische) - Durchführung; Pilotprojekt vom 01.07.1993 bis 31.12.1993 ..... H 1

Heilbehelfe und Hilfsmittel - Kostenbeteiligung ..... H 3

Heilbehelfe - Verordnung; Kennzeichnung der Verschreibungen für Betreute nach einem Sozialversicherungsabkommen ..... H 4

Heilmittel – Arbeitskreis – "Allzu viel ist ungesund" – Gemeinsam für Patientensicherheit und optimale Versorgung im Heilmittelbereich ..... H 9

Heilmittelverzeichnis - Ablösung durch Erstattungskodex ab 1.1.2005 ..... E 6

Hörgeräteversorgung ..... H 2

Honorarverhandlungen - Ergebnis für das Jahr 2006 ..... H 5

Honorarverhandlungen - Ergebnis für das Jahr *2007* ..... H 6

Honorarverhandlungen - Ergebnis für das Jahr 2005 für alle Vertrags(fach)ärzte in Niederösterreich (ausgenommen die Vertragsfachärzte für Radiologie sowie die Vertrags-Gruppenpraxen für Radiologie)..... H 7

Honorarverhandlungen - Ergebnis für das Jahr 2005 für alle Vertragsfachärzte für Radiologie sowie alle Vertrags-Gruppenpraxen für Radiologie in Niederösterreich..... H 8

Honorierung, Abrechnung und Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen ab 1. Oktober 2005 ..... V 1

Honorierung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen an nichtversicherten Personen ab 1. Jänner 1978 ..... M 3

K

Kassenrezepte - Ausstellung ..... K 1

Kennzeichnung der Verschreibungen für Betreute nach einem Sozialversicherungsabkommen - Verordnung von Heilbehelfen ..... H 4

Kontaktlinsen - Bewilligungspflicht bzw. -freiheit ..... S 1

Kontaktlinsen - Indikationsliste ..... K 6

Koordinationszuschlag – ärztlicher, Projekt ..... K 2

Kostenbeteiligung - Heilbehelfe und Hilfsmittel ..... H 3

Kostenzuschuss - FSME-Schutzimpfung, Verrechnung ..... F 1

Krankenanstalten (allgemeine öffentliche) Niederösterreichs - Durchführung von Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit den Vorschriften über den Mutter-Kind-Pass ..... M 2

Krankenanstalten - Einweisung von Patienten ..... E 2

Krankenbehandlung - Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze ..... R 5

Krankenhaus (Allgemeines) der Stadt Wien - Universitätsklinik für Arbeitsmedizin; Einweisung ..... E 3

Krankenhausersetzende medizinische Hauskrankenpflege - Durchführung; Pilotprojekt vom 01.07.1993 bis 31.12.1993 ..... H 1

Kunststoffgläser - Bewilligungspflicht bzw. -freiheit ..... S 1

Kuraufenthalt für Psoriasiskranke am Toten Meer ..... P 4

P

Patientensicherheit; Arbeitskreis Heilmittel – "Allzu viel ist ungesund" – Gemeinsam für Patientensicherheit und optimale Versorgung im Heilmittelbereich ..... H 9

Pflegefreistellung (Pflegeurlaub) - Ausfertigung von ärztlichen Bestätigungen ..... P 2

Pilotprojekt "Laienkontrolle" ..... L 3

Projekt "Ärztlicher Koordinationszuschlag" ..... K 2

Protokollbuch oder Formularvordruck (neu) ..... P 1

Psoriasiskranke - Kuraufenthalt am Toten Meer ..... P 4

Psychotherapeuten - Inanspruchnahme von Leistungen ..... P 3

V

Vereinbarung über die Neuregelung der Einzelleistungsposition "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)" ..... E 1

Verordnung von Heilbehelfen - Kennzeichnung der Verschreibungen für Betreute nach einem Sozialversicherungsabkommen ..... H 4

Verrechnung des Kostenzuschusses bei FSME-Schutzimpfung ..... F 1

Verschreibungen für Betreute nach einem Sozialversicherungsabkommen - Kennzeichnung; Verordnung von Heilbehelfen ..... H 4

Verschreibweise; Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen ..... R 6

Versorgung mit Hörgeräten ..... H 2

Versorgung mit Inkontinenz-Artikeln ..... I 1

Vertragsärzte (ausgenommen Zahnbehandler) - EDV-Rechnungslegung ..... R 1

Vertragsarzt - Feststellung bzw. Meldung der Arbeitsunfähigkeit; Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger (§§ 23 bis 25 des Gesamtvertrages) ..... A 1

Vertragsambulatorien für Computertomographie ..... C 1

Vertragsambulatorien für Magnetresonanztomographie ..... M 6

Vertragskrankenanstalten des IVF-Fonds ..... I 2

Vertragslaboratorien (Wiener) - Zuweisungen ohne Angabe einer Vermutungsdiagnose ..... V 3

Vertragspartnerkontrolle (Feststellungen) ..... V 4

Vorgangsweise e-card ab 1.1.2009 für Versicherte der § 2-Kassen und SVB ..... E 7

Vorsorgeuntersuchungen - Durchführung, Abrechnung und Honorierung ab 1. Oktober 2005 ..... V 1

A 4

Beilage 3

Gebührenfrei gemäß
§§ 43 und 44 BSVG

Zusatzvereinbarung

zum Gesamtvertrag vom 21.03.1994 in der jeweils geltenden Fassung

abgeschlossen zwischen Ärztekammer für Niederösterreich, Kurie der niedergelassenen Ärzte einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

Der Gesamtvertrag vom 21.03.1994 wird für die Zeit ab 1.1.2009 wie folgt geändert:

Für den Anwendungsbereich der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) gelten in der Honorarordnung der Niederösterreichischen § 2-Kassen folgende Sonderregelungen:

I.

Die unter Abschnitt C. lit. f angeführten Vergütungen für Laborleistungen werden für Versicherte und Anspruchsberechtigte der SVB unter Berücksichtigung der jeweiligen degressiven Punktewerte gesondert von den Laborleistungen der übrigen § 2-Kassen als eigener Verrechnungskreis verrechnet.

Für die SVB gilt dazu statt der Textierung
"Punkteanzahl bis 17.000
Punkteanzahl von 17.001 bis 34.000
Punkteanzahl über 34.000"
folgender Text:

Für den Zeitraum ab 01.01.2009 bis 31.12.2009:

"Punkteanzahl bis 5.500
Punkteanzahl von 5.501 bis 11.000
Punkteanzahl über 11.000"

für den Zeitraum ab 01.01.2010 bis 31.12.2010:

"Punkteanzahl bis 4.400
Punkteanzahl von 4.401 bis 8.800
Punkteanzahl über 8.800"

für den Zeitraum ab 01.01.2011 bis 31.12.2011:

"Punkteanzahl bis 3.500
Punkteanzahl von 3.501 bis 7.000
Punkteanzahl über 7.000"

sowie für den Zeitraum ab 2012:

"Punkteanzahl bis 2.700
Punkteanzahl von 2.701 bis 5.400
Punkteanzahl über 5.400"

II.

Zur Pos.Nr. 399 wird die Verrechnungsbeschränkung "in 40 % der Fälle verrechenbar" für den Zeitraum 1.1.2009 bis 31.12.2009 ausgesetzt. Die Pos.Nr. 398 ist für SVB-Patienten für den Zeitraum 1.1.2009 bis 31.12.2009 in 20 % der Fälle verrechenbar.

III.

Zur Pos.Nr. 656 wird die Verrechnungseinschränkung "Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar" für SVB-Patienten für den Zeitraum 1.1.2009 bis 31.12.2009 ausgesetzt.

Wien, am 23. Juni 2009

Ärztekammer für Niederösterreich:
Kurie der niedergelassenen Ärzte

Der Kurienobmann: Der Präsident:

Für den Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger:

Der leitende Angestellte: Der Präsident:

Für die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Im eigenen Namen sowie im Namen der im § 2 des Gesamtvertrages
vom 21.03.1994 angeführten Krankenversicherungsträger:

Der leitende Angestellte: Der Obmann:

Für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern:

Der leitende Angestellte: Der Obmann:

A 5

Abgabe von Abrechnungen

Nach Verlegung der Gemeinsamen Verrechnungsstelle mit April 2003 von Wien nach St. Pölten wurde seitens der Ärztekammer für Niederösterreich der Vorschlag eingebracht, eine zusätzliche Abgabemöglichkeit der Quartalsabrechnungen direkt in den jeweiligen *Service-Centern* einzurichten.

Nachdem die notwendigen organisatorischen Voraussetzungen geschaffen wurden, besteht nunmehr seit 1. Juli 2003 die Möglichkeit, die Abrechnungen **persönlich**

1. in der Gemeinsamen Verrechnungsstelle in 3100 St. Pölten, Heinrich-Schneidmadlstraße 15, Montag bis Donnerstag von 7.00 bis 16.00 und Freitag von 7.00 bis 15.00,

2. in *jedem* laut Beilage angeführten *Service-Center* innerhalb der Öffnungszeiten

abzugeben.

Aus Sicherheitsgründen wird ersucht, bei der persönlichen Abgabe Folgendes zu berücksichtigen:

- Abrechnungsbelege sind nicht in loser Form zu überbringen. Diese sind mit den zur Verfügung gestellten Schleifen gebunden (wenn möglich mit einer Schnur gebunden oder in einem Karton) abzugeben.
- Honorarliste bzw. Datenträgerbegleitzettel sind in dreifacher Ausführung ausgefüllt zur Abgabe mitzubringen.
- Disketten sind zu beschriften (Name, Arztnummer) und in einem separat beschrifteten Kuvert zu übergeben.
- Stempel und Unterschrift sind auf jedem Beleg notwendig.
- Diverse zusätzliche Formulare (Bestellscheine, Labormeldungen etc.) sollen ebenfalls in einem beschrifteten Kuvert beigelegt werden.

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass Abrechnungen **auf dem Postweg ausschließlich** an die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, zu übermitteln sind.

Beilage

März 2009

A 5

Beilage

Service-Center der Nö. Gebietskrankenkasse

Öffnungszeiten aller *Service-Center:*
Montag bis Donnerstag: 7:30 bis 14:30 Uhr
Freitag: 7:30 bis 12:00 Uhr

Service-Center **Amstetten**
Anzengruberstraße 8
3300 Amstetten

Service-Center **Baden**
Vöslauer Straße 8
2500 Baden

Service-Center **Bruck/Leitha**
Stefaniegasse 4
2460 Bruck/Leitha

Service-Center **Gänserndorf**
Eichamtstraße 20-22
2230 Gänserndorf

Service-Center **Gmünd**
Walterstraße 1
3950 Gmünd

Service-Center ***Hollabrunn***
Pfarrgasse 11
2020 Hollabrunn

Service-Center **Horn**
Stephan-Weykerstorffer-Gasse 3
3580 Horn

Service-Center **Klosterneuburg**
Hermannstraße 6
3400 Klosterneuburg

Service-Center **Korneuburg**
Bankmannring 22
2100 Korneuburg

Service-Center **Krems**
Dr.-J.-M.-Eder-Gasse 3
3500 Krems

Service-Center **Lilienfeld**
Babenbergerstraße 21
3180 Lilienfeld

Service-Center **Mistelbach**
Roseggerstraße 46
2130 Mistelbach

Service-Center **Mödling**
Josef-Schleussner-Straße 4
2340 Mödling

Service-Center **Neunkirchen**
Dr.-Stockhammer-Gasse 23
2620 Neunkirchen

Service-Center **Pöchlarn**
Regensburger Straße 21
3380 Pöchlarn

Service-Center **Scheibbs**
Bahngasse 1
3270 Scheibbs

Service-Center **Schwechat**
Sendnergasse 9
2320 Schwechat

Service-Center ***Stockerau***
Parkgasse 17
2000 Stockerau

Mai 2009

Service-Center **St. Pölten**
Kremser Landstraße *3*
3100 St. Pölten

Service-Center **Tulln**
Zeiselweg 2-6
3430 Tulln

Service-Center ***Waidhofen/Thaya***
Raiffeisenpromenade 2E/1b
3830 Waidhofen/Thaya

Service-Center ***Waidhofen/Ybbs***
Zelinkagasse 19
3340 Waidhofen/Ybbs

Service-Center **Wr. Neustadt**
Wiener Straße 69
2700 Wr. Neustadt

Service-Center **Zwettl**
Weitraer Straße 15
3910 Zwettl

Arzneimittel-Bewilligungs-Service (ABS) und Nachfolgende Kontrolle (ABS NK)

Der Gesetzgeber hat mit dem zweiten Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2003 eine Neuordnung der Chefarztpflicht festgelegt. Die Vertragsärztinnen und -ärzte wurden verpflichtet, chefärztliche Bewilligungen für Arzneispezialitäten oder magistrale Zubereitungen selbst einzuholen und nicht auf die Patientinnen und Patienten zu übertragen. Der Erstattungskodex (EKO) ersetzt seit 1. Jänner 2005 das Heilmittelverzeichnis.

Außerdem bestimmt die Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung (HBKV) des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 10. Dezember 2004, dass die Kommunikation zwischen den Vertragsärztinnen und -ärzten sowie dem chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger (Bewilligungsanfrage und -antwort) in elektronischer Form unter Verwendung der technischen Infrastruktur der e-card zu erfolgen hat.

Mit der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung und dem Erstattungskodex wurden außerdem die Voraussetzungen geschaffen, dass mehr Medikamente bewilligungsfrei verordnet werden können. Allerdings mit der Maßgabe, dass anstelle der Vorbewilligung eine Dokumentation über die Einhaltung der im Erstattungskodex festgelegten bestimmten Verwendung Aufschluss gibt. Diese Dokumentationen sind gemäß HBKV durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger nachfolgend zu prüfen.

Arzneimittel-Bewilligungs-Service:

Seit Jänner 2006 besteht nunmehr für alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Niederösterreich die Möglichkeit, *bewilligungspflichtige* Arzneispezialitäten über das Arzneimittel-Bewilligungs-Service (ABS) online zu beantragen.

Ab 1. Juli 2006 wurde ABS österreichweit flächendeckend eingesetzt. Dabei sind folgende Punkte zu beachten:

1. Eine Bewilligung über die e-card-Infrastruktur ist erforderlich für:

- die Verschreibung von IND-Präparaten des grünen Bereiches, wenn die IND-Voraussetzungen nicht erfüllt sind,

- die facharztgebundene Verschreibung von Arzneispezialitäten des grünen Bereiches, wenn die Verordnungsvoraussetzungen (siehe Bereich Zeichenerklärung des Erstattungskodex) nicht erfüllt sind,
- Arzneispezialitäten des hellgelben Bereiches (RE2), deren Verschreibung nicht der bestimmten Verwendung des Erstattungskodex entspricht,
- Arzneispezialitäten des dunkelgelben Bereiches (RE1) des Erstattungskodex,
- Magistrale Verordnungen, die bewilligungspflichtige Stoffe beinhalten,
- Arzneispezialitäten des roten Bereiches des Erstattungskodex,
- Arzneispezialitäten, die nicht im Erstattungskodex angeführt sind, nicht in Österreich registrierte Arzneispezialitäten bzw. "Off-Label-Use", sowie
- Überschreitungen der im Erstattungskodex vorgegebenen Packungsgrößen bzw. -zahl.

Achtung: Für Verschreibungen von Arzneispezialitäten aus dem **hellgelben Bereich (RE2)**, welche vollinhaltlich der bestimmten Verwendung des Erstattungskodex entsprechen und daher der nachfolgenden Kontrolle unterliegen, besteht die Verpflichtung zur Dokumentation.

"Nicht-Heilmittel" *können nicht auf dem Wege der elektronischen Bewilligungsanfrage bearbeitet werden und sind so wie alle übrigen Bewilligungsanfragen auf demselben Weg wie bisher zu übermitteln.*

2. Antwortzeiten

In der Regel sollten die Bewilligungsanfragen binnen 30 Minuten erledigt werden, sofern die Bewilligungsanfrage - ausgenommen an Feiertagen -

von Montag bis Freitag in der Zeit von 7:00 bis 19:30 Uhr und
am Samstag in der Zeit von 8:00 bis 12:30 Uhr

einlangt. Eine außerhalb dieser Zeitspannen einlangende Bewilligungsanfrage gilt mit dem Beginn der jeweils nächstfolgenden Zeitspanne als eingelangt.

Durch die Angabe einer Diagnose und einer medizinisch nachvollziehbaren Begründung der therapeutischen Notwendigkeit der Verschreibung können die Antwortzeiten wesentlich verkürzt werden. Verschreibungen ohne ausreichende Begründung werden mit der Entscheidung *"Keine Bearbeitung"* retourniert. *Diese Entscheidung wird vom Ärztlichen Dienst im Feld SV-Information entsprechend begründet.*

3. Datenspeicherung

Sowohl die Bewilligungsanfrage und die elektronischen Befunde als auch die Rückantwort des *Ärztlichen* Dienstes werden, für Zwecke der späteren Nachvollziehbarkeit und Kontrolle bei der Heilmittelabrechnung, elektronisch archiviert.

4. Aushändigung des bewilligungspflichtigen Rezepts

Das bewilligungspflichtige Kassenrezept darf der Patientin/dem Patienten nur dann ausgehändigt werden, wenn die **chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt.**

Ausnahmen von diesem Grundsatz bestehen nur insoweit, als eine Bewilligungsanfrage wegen einer Störung der e-card-Infrastruktur nicht gestellt werden kann und dieser Ausfall länger als 15 Minuten andauert oder wenn eine Antwort durch den *Ärztlichen* Dienst nicht innerhalb der unter Punkt 2 beschriebenen 30-Minuten-Frist erfolgt. In diesen beiden Fällen ist eine Verschreibung ausnahmsweise auch ohne Vorliegen einer Bewilligung zulässig, wenn in der Patientenkartei bzw. -datei dokumentiert wird, dass das Bewilligungsansuchen entweder nicht gestellt werden konnte oder nicht in der 30-Minuten-Frist retourniert wurde.

Ungeachtet dessen kann bei den die 30-Minuten-Frist überschreitenden Anfragen die jedenfalls zu treffende Entscheidung des *Ärztlichen* Dienstes ein von der Dokumentation abweichendes Ergebnis liefern.

Für Arzneien, welche nicht in die Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger fallen (z. B. Arzneimittel zur *Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen*, zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch), ist unbedingt ein **- eindeutig als solches gekennzeichnetes - Privatrezept** zu verwenden. **Die Ausstellung von Privatrezepten zur Umgehung der Bewilligungspflicht ist jedoch nicht statthaft!**

Es wird dringend um Einhaltung dieser Regeln ersucht, da die Verordner/innen bei deren Verletzung mit Haftungsfolgen rechnen müssen, wenn dem Krankenversicherungsträger dadurch Kosten entstanden sind. In diesem Zusammenhang wird auch auf den Wegfall der "Filterfunktion" der Apotheken erinnert, die seit 1. April 2006 (Wien ab 1. Juli 2006) sämtliche Arzneien im Sinne des Apothekergesamtvertrages - ohne Kontrolle, ob die chef- und kontrollärztliche Bewilligung auch tatsächlich eingeholt wurde - auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers expedieren dürfen, wenn ein gültiges Kassenrezept vorliegt.

Stichprobenprüfungen zeigen, dass dem Wegfall der "Filterfunktion" der Apotheken in der täglichen Routine noch nicht Rechnung getragen wird, da Arzneispezialitäten auf

Kassenrezepten verordnet werden, welche nicht im Erstattungskodex angeführt sind und für die keine Bewilligung eingeholt wurde.

Die Softwarefirmen wurden über den Einbau eines zusätzlichen Abfragemodus zur Freigabe von Kassenrezepten angehalten. Somit bedarf es insbesondere bei handschriftlichen Rezepten einer besonderen Kontrolle.

5. Erstverordnung von Arzneispezialitäten unmittelbar nach Entlassung aus einer Krankenanstalt

Die **Erstverordnung** nach der Spitalsentlassung unterliegt der internen Dokumentation. Dies erfordert in der Patientenkartei bzw. -datei den Vermerk "Erstverordnung nach Krankenhaus".

Die Ausstellung von **Folgeverordnungen** ist an die Einhaltung des Regelwerkes des Erstattungskodex und an die Bedingungen des Echtbetriebes (Rot und RE1 - bewilligungspflichtig, RE2 - dokumentationspflichtig) gebunden - siehe Punkt 2.

Liegt bereits ein ausführlicher Arztbrief aus dem Krankenhaus vor, empfehlen wir - um Komplikationen bei der Folgeverordnung zu vermeiden - unmittelbar um eine *Bewilligung* anzusuchen.

Arzneispezialitäten, welche nicht im Erstattungskodex angeführt sind, sind in jedem Fall dem *Ärztlichen* Dienst zur Bewilligung vorzulegen (No-Box-Präparate).

6. Urlaubsvertretung

Erfolgt die Verordnung in Vertretung, ersetzt die Dokumentation des Namens der vertretenen Ärztin/des vertretenen Arztes in der Patientenkartei bzw. -datei die sonst erforderliche Einholung der Bewilligung bzw. die Anfertigung einer Dokumentation laut Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung.

Arzneispezialitäten, welche nicht im Erstattungskodex angeführt sind, sind in jedem Fall dem *Ärztlichen* Dienst zur Bewilligung vorzulegen (No-Box-Präparate).

7. Leichte Bedienung des ABS-Systems

Um die Verordner/innen mit den wesentlichen Abläufen des ABS-Systems in der Arztpraxis vertraut zu machen, wird unter www.sozialversicherung.at im Channel Service unter *FÜR VERTRAGSPARTNER/e-card-Benutzerhandbuch* ein *Vertragspartner*-Benutzer-

handbuch *für das Arzneimittelbewilligungsservice (ABS)* zur Verfügung gestellt, welches eine ausführliche Beschreibung *des Systems* beinhaltet.

Zusätzlich steht unter derselben Adresse auf der Homepage der Sozialversicherung eine DVD bezüglich e-card-Schulung inklusive ABS zur Verfügung. Hier werden die grundlegenden Funktionen des e-card- und ABS-Systems und deren Verwendung erklärt *(siehe e-card-DVD).*

8. ABS-Hotline

Für Rückfragen bzw. bei auftretenden Problemen steht den Verordner/innen die ABS-Hotline der Nö. Gebietskrankenkasse mit der Telefonnummer 050899-5330 Montag bis Donnerstag von 7:00 bis 15:30 Uhr und Freitag von 7:00 bis 14:00 Uhr zur Verfügung.

Bei technischen Fragen (z. B. bei Störfällen) steht die e-card-Serviceline unter der Tel. Nr. 050124-3322 (zum Ortstarif) zur Verfügung.

9. Langzeitverordnung

Seit 1. April 2006 werden Langzeitverordnungen nur noch elektronisch verwaltet.

Dafür bietet die ABS-Anwendung "Bewilligungsvorrat abfragen" eine komfortable und sehr schnelle Lösung

- zur Abfrage, ob für eine bestimmte Patientin/einen bestimmten Patienten zu einem bestimmten Arzneimittel eine Langzeitbewilligung besteht und wenn ja,
- zur Ausstellung einer Folgeverordnung.

Um ein Langzeitverordnungsansuchen elektronisch bearbeiten zu können, müssen die dafür vorgesehenen Felder (Langzeitverordnung und Dosierung) befüllt sein. Eine Langzeitbewilligung ist frühestens nach 3-monatiger Therapiedauer möglich bzw. sollte die Einstellungsphase mit eventueller Dosistitration beendet sein.

Für die Autorisierung der Ärztin/des Arztes zur Abfrage "Bewilligungsvorrat" ist das Stecken der e-card notwendig. Eine Abfrage ohne Stecken der e-card (die Eingabe der SV-Nummer der Patientin/des Patienten) ist nur möglich, wenn innerhalb der letzten 90 Tage eine Konsultation verbucht wurde.

Die detaillierte Bedienungsanleitung findet sich im Vertragspartner-Benutzerhandbuch *Arzneimittelbewilligungsservice* unter www.sozialversicherung.at im Channel Service/FÜR VERTRAGSPARTNER*/e-card-Benutzerhandbuch.*

Mai 2009

10. Medikamentensuchfunktion

Seit Jänner 2006 wird die Medikamentensuchfunktion zur Verfügung gestellt! Dadurch wird die eindeutige Identifikation des Präparates gewährleistet. Werden mindestens die ersten 4 Zeichen im Feld Medikament eingegeben, kann über die Funktion [Suchen] nach dem jeweiligen Medikament gesucht werden.

Anschließend kann dann aus der Liste der gefundenen Medikamente das passende ausgewählt werden.

11. Begründungen bei den Bewilligungsanfragen

Es ist zu beachten, dass eine genaue und ausführliche Begründung den Bewilligungsvorgang erleichtert.

- Außerhalb IND bzw. Facharztbeschränkung

Zur Vermeidung vermehrter Anfragen wird ersucht, bei den Bewilligungsanfragen zu Arzneispezialitäten aus dem grünen Bereich, die Begründung, weshalb die Verschreibung außerhalb der Beschränkung (IND bzw. Facharzt) erfolgt, anzugeben.

- Außerhalb der bestimmten Verwendung im hellgelben Bereich (RE2)

Zur Vermeidung vermehrter Anfragen wird ersucht, bei den Bewilligungsanfragen zu Arzneispezialitäten aus dem hellgelben Bereich, außerhalb der im Erstattungskodex angeführten Verwendung, die Begründung in welchem Punkt der Einsatz nicht der bestimmten Verwendung entspricht, anzuführen.

Nachfolgende Kontrolle:

Mit der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung (HBKV) vom 10. Dezember 2004 und dem Erstattungskodex (EKO) wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass Arzneispezialitäten nach § 1 Abs. 2 HBKV (RE2-Bereich) ohne vorherige Bewilligung und nach Anfertigung einer Dokumentation verschrieben werden können, wenn die bestimmte Verwendung entsprechend der EKO-Regel in allen Bestandteilen zutrifft und der diesbezügliche Nachweis vorliegt.

Arzneispezialitäten, die zu dokumentieren sind und damit der nachfolgenden Kontrolle unterliegen, sind Arzneispezialitäten des RE2-Bereiches und seit 1.7.2005 des grünen Bereiches des Erstattungskodex, welche außerhalb der angegebenen Altersbeschränkung verordnet werden.

In einer Dokumentation sind

- das verordnungsrelevante Wissen der Verordnerin/des Verordners über die Patientin/den Patienten (Rezeptdaten, Dosierung, Diagnose, Verordnungsdatum),
- eine Begründung, warum bei Verfügbarkeit einer oder mehrerer therapeutisch gleichwertiger Arzneispezialität/en die gegenständliche Arzneispezialität verschrieben wird und
- der Nachweis der bestimmten Verwendung (Einhaltung der EKO-Regeln)

zum Zeitpunkt der Verordnung festzuhalten.

Trifft die EKO-Regel nicht im vollen Umfang zu, ist grundsätzlich eine Kostenübernahme nicht vorgesehen. Eine Kostenübernahme außerhalb der bestimmten Verwendung kann sich nur auf medizinisch begründete Einzelfälle beschränken und ist an eine vorherige chef- und kontrollärztliche Bewilligung gebunden. Um dem *Ärztlichen* Dienst die Entscheidung über eine eventuelle Kostenübernahme im Einzelfall zu ermöglichen, ist das Bewilligungsansuchen durch die Ärztin/den Arzt eindeutig (z. B. nicht regelkonform, weil der Regelbestandteil …. nicht zutrifft) zu kennzeichnen und eine entsprechende medizinische Einzelfallbegründung anzuführen.

Werden von einem/einer Verordner/in Arzneispezialitäten nach § 1 Abs. 2 Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung ohne oder mit nur mangelhafter (unvollständiger) Dokumentation verschrieben, so ist der/die Verordner/in vom *Ärztlichen* Dienst nachweislich zu verwarnen. Im Wiederholungsfall einer solchen Verletzung der Dokumentationspflicht sind dem Sozialversicherungsträger die Kosten der betreffenden Arzneispezialität/en von dem/der Verordner/in zu ersetzen. Findet der Ersatz nicht statt oder nach wiederholter Verletzung der Dokumentationspflicht trotz Verwarnung, kann dem/der Verordner/in die ausnahmslose Bewilligungspflicht für Arzneispezialitäten des gelben Bereiches des Erstattungskodex befristet bis zur Dauer von drei Jahren auferlegt werden. Ein Verstoß der Verordnerin/des Verordners gegen eine solche Bewilligungspflicht berechtigt den Sozialversicherungsträger zu einer Kündigung des Vertrages.

Das Ziel der Sozialversicherungsträger besteht jedoch vorrangig darin, die **Qualität der Dokumentationen durch Information** und nicht über das Verhängen von Sanktionen zu steigern.

Es wurden sämtliche Verordner/innen nachfolgend kontrolliert und im Zuge der Prüfung bzw. durch laufende Berichte in der zeitnahen Information umfassend über die Erfordernisse einer vollständigen und inhaltlich richtigen Dokumentation informiert.

Mai 2009

Die nachfolgenden Kontrollen werden weiterhin mit Augenmaß durchgeführt, jedoch wird bei den ***Dokumentationsprüfungen besonders auf Schwerpunkte*** *(z. B. auf die der bestimmten Verwendung entsprechende Diagnose) Wert gelegt.*

Wird jedoch der Aufforderung zur Einsendung bzw. Vorlage der Dokumentationen trotz Urgenz ohne entschuldbaren Grund nicht nachgekommen oder werden die Vorgaben der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung insbesondere im genannten Qualitätsschwerpunkt nicht beachtet, ist jedenfalls mit einer Sanktion und einer Folgeprüfung zu rechnen.

Mehr über die nachfolgende Kontrolle und die vollständige und inhaltlich richtige Dokumentation findet man unter www.sozialversicherung.at/abs_nk (Direkteinstieg bzw. unter dem Channel Service/*FÜR VERTRAGSPARTNER/Arzneimittel-Bewilligungs-Service* – Nachfolgende Kontrolle).

Erläuternde Bemerkungen
Leistungspositionen - Sondervereinbarungen

Allgemeiner einleitender Text

Besteht in Einzelfällen die Notwendigkeit zur Überschreitung der angegebenen Fachbeschränkungen bzw. Limitierungen einzelner Leistungspositionen, ist mit Begründung die vorherige chefärztliche Genehmigung einzuholen.

Sind Fachgruppenbezeichnungen in Klammern gesetzt, kann die jeweilige Leistungsposition im Einzelfall fachbezogen und ohne chefärztliche Genehmigung verrechnet werden. Die Verrechnung einer Analogieposition für in der Honorarordnung nicht vorgesehene Einzelleistungen ist nicht möglich.

Sondervereinbarungen

Für Leistungen, welche eine Sondervereinbarung erfordern, ist bei der Ärztekammer ein Ausbildungs- und Gerätenachweis zu erbringen.

Sämtliche Befähigungsnachweise, die zur Verrechnung bestimmter Leistungspositionen verlangt werden, sind unaufgefordert bei der Ärztekammer für Niederösterreich vorzulegen und von dieser an die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse weiterzuleiten.

Pos. 1

Werden bei einem Krankenbesuch an einem Werktag mehrere Patientinnen/Patienten in einer Heil- oder Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim oder im Familienverband untersucht, beraten oder behandelt, so kann jeweils nur einmal die Pos. 1 "Tagesvisite an Werktagen" verrechnet werden. Für die übrigen Patientinnen/Patienten gebührt das Honorar für die Pos. 12.

Pos. 2

Werden bei einer dringend verlangten und sofort getätigten Visite an Werktagen mehrere Patientinnen/Patienten in einer Heil- oder Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim oder im Familienverband untersucht, beraten oder behandelt, so kann je-

weils nur einmal Pos. 2 "Dringend verlangte und sofort getätigte Visite an Werktagen" verrechnet werden.

Für die übrigen Patientinnen/Patienten gebührt das Honorar für eine Ordination außerhalb der üblichen Sprechstunde nur dann, wenn auch hier die Dringlichkeit der Behandlung vorliegt. In jenen Fällen, in denen die Behandlung nur auf Grund der zufälligen Anwesenheit der Ärztin/des Arztes durchgeführt wird, kann nur die Pos. 12 verrechnet werden.

Pos. 4

Werden bei einem Krankenbesuch in der Nacht mehrere Patientinnen/Patienten in einer Heil- oder Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim oder im Familienverband untersucht, beraten oder behandelt, so kann jeweils nur einmal die Pos. 4 "Nachtvisite" verrechnet werden. Für die übrigen Patientinnen/Patienten gebührt das Honorar für eine Nachtordination.

Pos. 5

Werden bei einem Krankenbesuch an einem Sonn- und gesetzlichen Feiertag mehrere Patientinnen/Patienten in einer Heil- oder Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim oder im Familienverband untersucht, beraten oder behandelt, so kann jeweils nur einmal die Pos. 5 "Visite an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen" verrechnet werden. Für die übrigen Patientinnen/Patienten gebührt das Honorar für eine Ordination an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen.

Pos. 7

Bei einem weiteren Befundbericht im Quartal müssen Anamnese, Status, Diagnose bzw. Therapievorschlag nur dann neuerlich angeführt werden, wenn eine diesbezügliche Änderung eingetreten ist.

Die Übersendung von Befunden (z. B. Histo, Labor) sowie Krankenhauseinweisungen oder Überweisungen zu Fachärztinnen/Fachärzten anderer Sparten berechtigen nicht zur Verrechnung der Pos. 7.

Abschriften, Durchschriften oder Kopien von Befundberichten können nicht gesondert verrechnet werden.

Wird als Begründung "Nachweislich von der Kontrollärztin/vom Kontrollarzt verlangter Befundbericht" angegeben, kann die Pos. 7 ein weiteres Mal verrechnet werden.

Pos. 8

Für Patientinnen/Patienten, welche in die Ordination bestellt werden, kann nur die Pos. 9 oder Pos. 12 verrechnet werden.

Die Pos. 8 ist nicht verrechenbar, wenn die Tagesordination unmittelbar im Anschluss an die übliche Sprechstunde getätigt wird.

Unter üblicher Sprechstunde ist nicht nur die offiziell gemeldete Ordinationszeit, sondern auch jener Zeitraum zu verstehen, welcher zur Behandlung der Patientinnen/Patienten üblicherweise verwendet wird. Zur administrativen Abgrenzung wird eine halbe Stunde nach der offiziellen Ordinationszeit als üblich angenommen.

Pos. 12

Diese Leistung kann nur dann verrechnet werden, wenn die ärztliche Behandlung im Sinne des § 10 Abs. 1 des Gesamtvertrages erfolgt. Eine allfällige telefonische Beratung ist grundsätzlich nicht verrechenbar.

Pos. 104

Bei allen blutchemischen Untersuchungen sowie bei der Blutsenkung, ausgenommen alleinige Blutzuckeruntersuchungen, ist diese Position separat zu verrechnen.

Pos. 116

Gültig für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin:

Wenn die Position in mehr als 15 % der Fälle pro Quartal verrechnet wird, ist von der Ärztin/vom Arzt die medizinische Notwendigkeit aller zu dieser Position verrechneten Fälle gegenüber *dem Ärztlichen Dienst* nachzuweisen. Wird die medizinische Notwendigkeit in einzelnen Fällen *vom Ärztlichen Dienst* nicht anerkannt und kann kein Einvernehmen mit der Ärztin/dem Arzt erzielt werden, ist der vertraglich vorgesehene Instanzenzug zu beschreiten.

Pos. 151

Schaumstoffplatten werden im Rahmen des pro ordinatione-Bedarfes von der Kasse zur Verfügung gestellt.

Elastische Binden sind von der Ärztin/vom Arzt pro Patient/in zu verordnen; hausapothekenführende Ärztinnen/Ärzte können diese zum Bandagistentarif abgeben.

Pos. 222

Zur Pos. 222 kann die Pos. 218 am gleichen Tag verrechnet werden.

Pos. 620

Für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, Lungenfachärztinnen/-ärzte und Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- *und Jugend*heilkunde:

Wenn die Position in mehr als 10 % der Fälle pro Quartal verrechnet wird, ist von der Ärztin/vom Arzt die medizinische Notwendigkeit aller zu dieser Position verrechneten Fälle gegenüber *dem Ärztlichen Dienst* nachzuweisen. Wird die medizinische Notwendigkeit in einzelnen Fällen *vom Ärztlichen Dienst* nicht anerkannt und kann kein Einvernehmen mit der Ärztin/dem Arzt erzielt werden, ist der vertraglich vorgesehene Instanzenzug zu beschreiten.

Pos. 653

Teilvordrucke, bei welchen die zu verabreichenden Speisen von der Ärztin/vom Arzt einzutragen sind, können verwendet werden.

Pos. 840/841

Beide Positionen können nur dann miteinander verrechnet werden, wenn die **in der Anmerkung vorgesehene Diagnose** zutrifft und am Abrechnungsbeleg vermerkt ist.

Pos. 843/844

Eine Kombination an einem Tag ist zu begründen.

B 1

Abkürzung der Fachgruppenbezeichnungen:

PA = Allgemeinmedizin
At = Lungenkrankheiten
Au = Augenheilkunde *und Optometrie*
Ch = Chirurgie
F = *Frauenheilkunde und Geburtshilfe*
L = Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
D = Haut- und Geschlechtskrankheiten
I = Innere Medizin
K = *Kinder- und Jugendheilkunde*
N = *Neurologie und Psychiatrie*
O = Orthopädie *und orthopädische Chirurgie*
Uch = Unfallchirurgie
U = Urologie

C 1

Abschluss von Verträgen mit Ambulatorien für Computertomographie

Gemäß § 349 Abs. 2b ASVG sind die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und Krankenanstalten, die ambulante Untersuchungen mit Großgeräten durchführen, durch Gesamtverträge zu regeln. Unter Zugrundelegung eines vom Hauptverband mit der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossenen Mustergesamtvertrages gilt seit 1.1.2005 in Niederösterreich der zwischen Wirtschaftskammer NÖ und Nö. Gebietskrankenkasse ausverhandelte Gesamtvertrag über die Durchführung von CT-Untersuchungen. Dieser Gesamtvertrag bildet einen wesentlichen Bestandteil der ebenfalls zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Einzelverträge. Eine wichtige Neuerung ist die geänderte Definition der Untersuchungsregionen.

Auf Grund der nunmehr geltenden Vereinbarungen ist von den Ambulatorien (Beilage 2) nicht mehr ein Pauschalhonorar für die Abklärung eines Krankheitsbildes verrechenbar, sondern erfolgt die Honorierung pro untersuchter Körperregion. …

Für die Zuweisung von Patientinnen bzw. Patienten an die genannten Vertragsambulatorien ist weiterhin das im Einvernehmen mit der Ärztekammer für NÖ aufgelegte spezielle Formular zu verwenden. Dieses Formular, ein Muster liegt bei (Beilage 3), kann bei Bedarf von der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der Nö. Gebietskrankenkasse, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, angefordert werden.

Der vollständigen Ausfertigung der CT-Zuweisung in allen vorgesehenen Rubriken (Klinische Symptomatik - Konkrete Fragestellung - Zu untersuchende Region - Bereits erhobene Befunde - Besondere Vermerke) durch die zuweisende Ärztin bzw. den zuweisenden Arzt kommt auch zukünftig wesentliche Bedeutung zu. Dieser Punkt ist daher ganz besonders zu beachten!

Generell sind optimale diagnostische Ergebnisse nur bei einer möglichst exakten Zuweisung und einer genauen Eingrenzung des Untersuchungsgebietes zu erwarten. Die einzelnen Regionen, auf die die Zuweisung zur CT daher künftig eingegrenzt werden sollte, sind der Beilage 1 zu entnehmen.

Mai 2009

Die CT-Untersuchungen bedürfen der vorherigen chefärztlichen Genehmigung. Diese kann *beim Ärztlichen Dienst* der Nö. Gebietskrankenkasse in 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, oder über die *Service-Center* der Kasse eingeholt werden.

Um mit den begrenzten Ressourcen im medizinischen System sparsam umzugehen und auch eine möglichst geringe Belastung der Patientinnen und Patienten herbeizuführen, wird an alle zuweisenden Ärztinnen und Ärzte appelliert, eine möglichst exakte anamnestische Vorinformation zur Verfügung zu stellen und eine entsprechende Eingrenzung der Untersuchung auf das medizinisch Notwendige vorzunehmen.

Beilagen

Mai 2009

C 1

Beilage 2

Ambulatorien

Institut für bildgebende Diagnostik
Dr. Andreas Stadlbauer GmbH
Agathastraße 15
3300 Amstetten

Institut für bildgebende Diagnostik
Computertomographie und Magnetresonanztomographie Baden
Dr. Drlicek, Dr. Hayder, Dr. Eisenbauer, Dr. Swetly GmbH
Bahngasse 13
2500 Baden

Institut für Computertomographie und Magnetresonanztomographie
Gänserndorf GmbH
Dr. Christina Müller-Mang, Dr. Müller Mang Verwaltungs GmbH, Dr. Klemens Ender
Schubertstraße 6a
2230 Gänserndorf

Institut für digitale Bilddiagnostik Gmünd
Prim. Dr. Christa Menner
Conrathstraße 15a
3950 Gmünd

MR-CT Diagnosezentrum Horn
Dr. Breitenseher GmbH
Institutsstandort: Landesklinikum Waldviertel Horn
Spitalgasse 10
3580 Horn

Computertomographie Betriebsgesellschaft m. b. H. & Co KG
Dr. Franz Schneider
Bahnzeile 1
3500 Krems

Ambulatorium für bildgebende Diagnostik,
Dr. J. Hejda und Dr. Th. Mader OG
Hauptstraße 38
2340 Mödling

Mai 2009

Institut für Computertomographie
Dr. Werner Schuster
Triester Straße 29
2620 Neunkirchen

Institut für Radiodiagnostik GmbH
Dr. Gerhard Resch
Rutesheimerstraße 3A
3270 Scheibbs

Institut für Computertomographie
Dr. Doris Bauer
Bahngasse 14-16
2320 Schwechat

IBD Institut für bildgebende Diagnostik GmbH & Co KEG
Prim. Dr. Wolfgang Frank, Prim. Dr. Klaus Pflanzer,
Prim. Dr. Günter Rainer, Dr. Hans-Peter Sochor, Dr. Günther Nics
Brodschildstraße 4
2000 Stockerau

Institut Frühwald/Steiner/Obermayer/
Medizinische Diagnostik und Therapie
Univ.-Doz. Dr. Franz Frühwald KG
Kremser Gasse 16a
3100 St. Pölten

Institut für Computertomographie und Magnetresonanztomographie
Dr. Andreas Myskiw – Dr. Rudolf Böck OEG
Bräuhausgasse 3/3
3100 St. Pölten

Institut für bildgebende Diagnostik Waidhofen an der Thaya GmbH
OA Dr. Andreas Gold
Hamernikgasse 3a
3830 Waidhofen/Thaya

Dr. Klemens Eibenberger Ges.m.b.H.
Institutsstandort: Landesklinikum Mostviertel Waidhofen/Ybbs
Ybbsitzer Straße 112
3340 Waidhofen/Ybbs

Mai 2009

Institut für bildgebende Diagnostik GmbH & Co KG
Dr. Gerth Linhart
Plenkerstraße 14
3340 Waidhofen/Ybbs

Univ.-Doz. Dr. Stiglbauer und Univ.-Doz. Dr. Schurawitzki
Ambulatorium für Radiologie, Computertomographie
und moderne Schnittbilddiagnostik GmbH
Ferdinand-Porsche-Ring 10
2700 Wr. Neustadt

Erstattungskodex (EKO)

Ab 1.1.2005 *wurde* das bisherige Heilmittelverzeichnis durch den **Erstattungskodex (EKO)** abgelöst. Mit dem EKO wird ein wichtiger Beitrag zu einer modernen, EBM-basierten Medizin geleistet. Er baut auf einem transparenten System auf:

- Alle relevanten Informationen sind im Internet verfügbar.
- Alle grundsätzlich erstattungsfähigen Arzneimittel werden aufgelistet.
- Für die der *chef- und kontrollärztlichen* Bewilligung unterliegenden Arzneispezialitäten des Gelben Bereiches sind die Regeln für *mehr als* 600 Medikamente festgelegt.

Die nachstehenden Ausführungen gelten *seit* Verfügbarkeit der technischen Infrastruktur der e-card. Für eventuelle Rückfragen steht *der Ärztliche Dienst* der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse unter der Telefon-Nummer 050899-5330 zur Verfügung.

Der EKO gliedert sich in drei Bereiche, den
- Grünen Bereich
- Gelben Bereich und
- Roten Bereich.

Die Veröffentlichung des EKO *erfolgt* einerseits in gedruckter Form als Broschüre, andererseits im Internet unter www.avsv.at. Die Verlautbarung im Internet umfasst den gesamten EKO, in der Broschüre ist der Rote Bereich **nicht angeführt**. Die Broschüre wird einmal pro Jahr mit Stand 1. Jänner aufgelegt, Änderungen erscheinen in gedruckter Form jeweils mit 1. Juli. Im Internet werden Änderungen immer dann verlautbart, wenn ein beurkundeter Beschluss des Hauptverbandes vorliegt.

Grüner Bereich

Zur Krankenbehandlung auf Kosten der Sozialversicherung sollten grundsätzlich Präparate aus dem Grünen Bereich des Erstattungskodex verordnet werden.

Der Grüne Bereich enthält ca. *3300* Präparate, deren Abgabe ohne chef- und kontrollärztliche Bewilligung aus medizinischen und ökonomischen Gründen sinnvoll und vertretbar ist.

Mai 2009

Arzneispezialitäten des Grünen Bereiches des Erstattungskodex, welche für eine oder mehrere ärztliche Fachgruppen ohne vorherige chef- und kontrollärztliche Bewilligung verschreibbar sind:

Fachärztin bzw. -arzt für

A *Lungenkrankheiten*

Au Augenheilkunde

D Haut- und Geschlechtskrankheiten

F Frauenheilkunde und Geburtshilfe

K Kinderheilkunde

L *Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten*

N Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie,

P Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie,

R Radiologie,

U Urologie

Die Codes sind auch kombinierbar.

Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen eines Therapiekonzeptes durch die angegebene Fachärztin/den angegebenen Facharzt kann die Verordnung auch durch eine Ärztin/einen Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen. Medizinisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig von der angegebenen Fachärztin/vom angegebenen Facharzt durchgeführt werden.

Die mit **"IND"** gekennzeichneten Präparate sind ebenfalls ein Bestandteil des Grünen Bereiches. Die Kriterien für die freie Verschreibbarkeit dieser Arzneispezialitäten sind durch den Indikationstext geregelt.

Für Verordnungen außerhalb der oben genannten Voraussetzungen ist eine chef- und kontroll-ärztliche Bewilligung einzuholen.

Folgende Kassenzeichen sind im EKO ebenfalls angeführt:

F2J *= frei verschreibbar* für Kinder bis zum *vollendeten* 2. Lebensjahr

F6J *= frei verschreibbar für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr*

F14 *= frei verschreibbar* für Kinder bis zum *vollendeten* 14. Lebensjahr

(2), (3), … *= Die Aufnahme der Arzneispezialität beschränkt sich auf die in der Klammer angegebene Menge an Originalpackungen, die maximal abgegeben werden dürfen. Erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden.*

SG *= Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen*

T2 *= Teilbar, Bruchrille*

T4 *= Kreuzbruchrille bzw. 4fach teilbar*

SJ *= Steckkapsel*

Gelber Bereich

Dieser Bereich beinhaltet jene Arzneispezialitäten, die einen wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen haben und aus medizinischen oder gesundheitsökonomischen Gründen nicht in den Grünen Bereich aufgenommen werden.

Falls in Einzelfällen eine Behandlung mit Arzneispezialitäten aus dem Grünen Bereich aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, können Präparate aus dem Gelben Bereich des EKO verordnet werden.

Dieser Bereich enthält:

1. Arzneispezialitäten, die einer vorherigen *chef- und kontrollärztlichen* Bewilligung unterliegen und mit **"RE1"** gekennzeichnet sind. Der jeweilige Regeltext gibt an, unter welchen Voraussetzungen eine chefärztliche Bewilligung erteilt werden kann.

2. Arzneispezialitäten, die mit **"RE2"** gekennzeichnet sind und die unter im EKO definierten Bedingungen (Regeln) für bestimmte Verwendungen (z. B. Gruppen von Krankheiten, ärztliche Fachgruppen, Altersstufen von Patientinnen/Patienten, Mengenbegrenzungen oder Darreichungsformen) **ohne *chef- und kontrollärztliche* Bewilligung** verordnet werden können.

   Diese Verordnungen unterliegen einer **nachfolgenden Kontrolle** über Vorliegen und Einhaltung dieser bestimmten Verwendung durch den *Ärztlichen* Dienst. Für diesen Zweck ist von der Verordnerin/vom Verordner eine Dokumentation anzufertigen, de-

ren Umfang und Inhalt in der "Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung" der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen definiert ist.

Die **Dokumentation** hat nach dieser Verordnung insbesondere zu enthalten:

- Warum bei Verfügbarkeit einer oder mehrerer therapeutisch gleichwertiger Arzneispezialitäten im Grünen Bereich des EKO ein Präparat aus dem Gelben Bereich verschrieben wurde.
- die Rezeptdaten
- die *Diagnose*
- einen Verweis auf die Anamnese und Vorbehandlungsdaten
- die Ergebnisse medizinischer Befunde *und regelrelevante Informationen*

Sollte sich im Verlauf einer nachfolgenden Kontrolle herausstellen, dass keine oder nur eine unvollständige Dokumentation vorliegt und die Bedingungen für eine Verordnung auf Kosten der Krankenkasse nicht gegeben sind, sind in der Verordnung der Bundesministerin Sanktionen wie eine Verwarnung und im Wiederholungsfall der Kostenersatz der Arzneispezialität durch die Verordnerin/den Verordner oder bei weiteren Verstößen die ausnahmslose Bewilligungspflicht für Arzneimittel aus dem Gelben Bereich bis zur Dauer von drei Jahren vorgeschrieben.

Wenn RE2-Präparate in einer anderen Verwendung als der im EKO vorgesehenen verordnet werden, sind sie ebenfalls bewilligungspflichtig.

Roter Bereich

Diese Arzneispezialitäten unterliegen der *chef- und kontrollärztlichen* Bewilligungspflicht.

Dem Roten Bereich sind Arzneispezialitäten zuzuordnen, für die *ein* Antrag auf Aufnahme in den EKO gestellt wurde. *Der Preis der Arzneispezialität darf den EU-Durchschnittspreis nicht überschreiten.* Ihre Verweildauer im Roten Bereich ist begrenzt: *Stellt der Hauptverband innerhalb von 90 Tagen (wird auch über den Preis entschieden, innerhalb von 180 Tagen) nach Einlangen des Antrages fest, dass die Arzneispezialität nicht in den Gelben oder Grünen Bereich des EKO aufzunehmen ist, so ist sie aus dem Roten Bereich zu streichen.*

Nicht erstattungsfähige Arzneispezialitäten

Dieser Bereich umfasst alle jene *Arzneispezialitäten,* die nicht im EKO angeführt sind.

Arzneispezialitäten können nur dann als Leistung der Krankenbehandlung auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers abgegeben werden, wenn sie im EKO angeführt sind. Lediglich in besonders begründeten Einzelfällen ist die Erstattungsfähigkeit auch dann gegeben, wenn die Arzneispezialität nicht im EKO angeführt ist, aber die Behandlung aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und nicht mit im EKO angeführten Arzneispezialitäten durchgeführt werden kann.

Kategorien nicht erstattungsfähiger Arzneimittel:

1. Arzneimittel zur Behandlung in Krankenanstalten
2. Arzneimittel zur Prophylaxe
3. Arzneimittel mit offensichtlich nicht ausreichendem Nachweis einer therapeutischen Wirkung
4. Arzneimittel zur Empfängnisverhütung
5. Arzneimittel zur Ausübung des Geschlechtsverkehrs
6. Arzneimittel mit überwiegend kosmetischer Wirkung
7. Arzneimittel für körperliche Hygiene
8. Arzneimittel zur Förderung von Wachstum und Qualität von Haaren und Nägeln
9. Arzneimittel zur Leistungssteigerung bzw. Steigerung des Wohlbefindens
10. Arzneimittel zum Ersatz der Nahrungsaufnahme, zur Nahrungsergänzung und/oder zum Ausgleich alimentärer Defizite
11. Arzneimittel zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch
12. Arzneimittel zur Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen
13. Arzneimittel zur medizinischen Vorbereitung einer assistierten Reproduktion

Packungsgrößen: In den EKO wurden nur Packungsgrößen aufgenommen, die bei Akuterkrankungen der Behandlung des Regelfalles entsprechen bzw. für chronische Erkrankungen eine Kleinpackung zur Anbehandlung (Probebehandlung) sowie Packungen zur Abdeckung eines Monatsbedarfs.

E 7

e-card-Vorgangsweise ab 1.1.2009 für Versicherte der § 2-Kassen und SVB

Die gesamtvertraglichen Vereinbarungen zum e-card-Gesamtvertrag sehen vor, dass ab 1.1.2009 die e-card bei jeder Anspruchsprüfung von Vertragsärztinnen/-ärzten einzulesen ist (die Online-Anspruchsprüfung mittels o-card ist der Anspruchsprüfung mittels e-card gleichgestellt). Bereits mit Einführung der e-card wurde den Vertragsärztinnen/-ärzten empfohlen, regelmäßig die e-card einzulesen, um die Patientinnen/Patienten anzuhalten, die e-card regelmäßig mitzunehmen. In der Praxis hat sich nun gezeigt, dass das jedmalige Stecken fallweise bei Visiten, Erste-Hilfe-Fällen, Konsultationen in Heimen und während des Bereitschaftsdienstes auf Schwierigkeiten stößt. Zwischen der Kurie der niedergelassenen Ärzte und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse wurde daher Folgendes vereinbart:

Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse wird vorerst in den ersten drei Quartalen 2009 jeder Vertragsärztin/jedem Vertragsarzt eine Information über Kontakte im e-card-System geben. Diese erfolgt im Zuge der quartalsweisen Abrechnung in Form einer Gegenüberstellung der abgerechneten Belege und Konsultationen zu den Kontakten mit e-card oder o-card aus dem e-card-System.

Die weitere Vorgehensweise bzw. allfällige Konsequenzen ab dem 4. Quartal 2009 werden im Zuge der Honorarverhandlungen im Herbst 2009 diskutiert.

Weiters wird darauf hingewiesen, dass Einvernehmen darüber besteht, dass eine generelle Verweigerung des Steckens der e-card bei jeder Konsultation nicht unterstützt werden kann, um insbesondere im Hinblick auf die Rezeptgebührenobergrenze negative Folgen für die Patientin/den Patienten zu verhindern.

F 2

Elektronische Formulare

Zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich, Kurie der niedergelassenen Ärzte, und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse wurde betreffend einiger Formulare, welche im Zusammenhang mit der kassenärztlichen Tätigkeit zu verwenden sind, nachfolgende Übereinkunft erzielt:

Ab 1. Oktober 2005 steht es den Vertragsärztinnen und -ärzten frei, die bisher von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse zur Verfügung gestellten Formularvordrucke zu verwenden oder die entsprechenden Formulare auf normalem A4-Papier selbst zu drucken.

Die Musterformulare werden von der Ärztekammer für Niederösterreich im Intranet für die EDV-Firmen als Vorlage bereitgestellt. Die entsprechenden Dateien werden seitens der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse als Word- bzw. PDF-Dokument der Ärztekammer für Niederösterreich dafür zur Verfügung gestellt.

G 2

Gruppenpraxen-Gesamtvertrag ab 1. April 2009

1. ALLGEMEINES:

Mit 1.4.2009 ist der zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und den niederösterreichischen § 2-Krankenversicherungsträgern ausverhandelte Gruppenpraxen-Gesamtvertrag in Kraft getreten. Mit diesem Vertragswerk wird in Niederösterreich die Möglichkeit geschaffen, dass ärztliche Gesellschaften in eine Vertragsbeziehung mit den § 2-Krankenversicherungsträgern treten, vorausgesetzt es besteht für diese Zusammenarbeit ein einvernehmlich zwischen Ärztekammer für Niederösterreich und Niederösterreichischer Gebietskrankenkasse festgestellter Bedarf.

Der Gruppenpraxen-Gesamtvertrag gilt für Ärzte/Ärztinnen aller Fachrichtungen mit Ausnahme der Fachärzte/-ärztinnen für Radiologie, für die es bereits seit 1.7.2006 eine eigene gesamtvertragliche Grundlage gibt.

2. GRUPPENPRAXEN-MODELLE:

Folgende Gruppenpraxen-Modelle stehen den Ärzten/Ärztinnen offen:

1. *Vertrags-Gruppenpraxis (V-GP) auf Grund einer Zusammenlegung an einem Standort (Zusammenlegungspraxis, ZLP): Dabei schließen sich zwei oder mehrere Vertragsärzte/-ärztinnen am gleichen im Stellenplan ausgewiesenen Niederlassungsort zu einer V-GP zusammen.*

2. *V-GP als originär vereinbarte V-GP (originäre GP): Bei festgestelltem Bedarf kann eine GP originär mit zwei oder mehreren Gesellschaftern/Gesellschafterinnen ausgeschrieben werden.*

3. *Teilung einer Planstelle (Jobsharing-Praxis, JSP): maximal drei Ärzte/Ärztinnen teilen sich eine bestehende Vertragsarztstelle, das heißt der/die Seniorpartner/in und Inhaber/in der bestehenden Vertragsarztstelle teilt sich diese mit einem/einer Juniorpartner/in oder zwei Juniorpartnern/-partnerinnen.*

4. *GP zur Nachfolgeregelung (Nachfolgepraxis, NFP): Der/Die Inhaber/in einer Vertragsarztstelle teilt sich kurz vor Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (maximal ein Jahr) die Vertragsarztstelle mit einem/einer Juniorpartner/in, mit der Intention eines sukzessiven Rückzuges des Seniorpartners/der Seniorpartnerin von der vertragsärztlichen Tä-*

tigkeit und eines geordneten Überganges des Einzelvertrages auf den/die Juniorpartner/in. Zum Zeitpunkt des Endes der NFP erlangt der/die Juniorpartner/in den Einzelvertrag. Die NFP ersetzt die Regelung zur Übergabepraxis, wobei die bestehenden Übergabepraxen weitergeführt werden können.

5. *Fachgleiche aber intern spezialisierte GP: Maximal drei Ärzte/Ärztinnen der gleichen Fachrichtung, die sich auf unterschiedliche Zusatzfächer spezialisiert haben, teilen sich eine bestehende Vertragsarztstelle, d. h. der/die Seniorpartner/in und Inhaber/in der Vertragsarztstelle teilt sich diese mit einem/einer Juniorpartner/in oder zwei Juniorpartnern/ -partnerinnen.*

6. *GP auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin: Bei festgestelltem Bedarf kann eine GP auf dem Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin gebildet werden.*

3. *FACHRICHTUNGEN IN DEN GRUPPENPRAXEN:*

Eine ZLP oder eine originäre GP ist auch zwischen Ärzten/Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen möglich, die JSP, die NFP und die intern spezialisierte GP naturgemäß nur zwischen Ärzten/Ärztinnen der gleichen Fachrichtung, die GP auf dem Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ist nur zwischen Fachärzten/-ärztinnen auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin möglich.

4. *BEDARFSPRÜFUNG, AUSSCHREIBUNG UND AUSWAHL:*

Die Feststellung des Bedarfes an GP, ihre Zahl und ihre örtliche Verteilung wird im Rahmen der Stellenplangespräche zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse festgelegt, wobei es einen gemeinsamen Stellenplan für Einzelordinationen und GP geben wird. Bei der ZLP oder der NFP wird der Bedarf einvernehmlich als gegeben angenommen. Die neuen V-GP werden mit Ausnahme der ZLP ausgeschrieben, gleiches gilt für freie V-GP-Gesellschafterstellen. Bewerbungen und Auswahl sowie Abschluss des Einzelvertrages laufen nach ähnlichen Regeln wie im Gesamtvertrag sowie den Niederlassungsrichtlinien für Einzelpraxen.

5. *VERTRAGLICHE RECHTE UND PFLICHTEN:*

Mit Abschluss des Einzelvertrages kann die V-GP ihre ärztliche Tätigkeit aufnehmen. Die Rechte und Pflichten der GP und ihrer ärztlichen Gesellschafter/innen sind im Detail dem

Gruppenpraxen-Gesamtvertrag zu entnehmen (veröffentlicht unter www.arztnoe.at), wobei die Rechte und Pflichten in Anlehnung an den Gesamtvertrag für Einzelpraxen geregelt wurden.

6. HONORIERUNG:

Die Honorierung der ärztlichen Tätigkeit der V-GP erfolgt in Anwendung der Honorarordnung des kurativen Gesamtvertrages für Einzelpraxen mit den Besonderheiten, dass die V-GP eine einheitliche Abrechnung zu legen hat und auf die Honorarsumme, mit Ausnahme der GP zur Nachfolgeregelung, ein Abschlag im Ausmaß von 7 % (mit Ausnahme der VU-Leistungen und der MUKIPA-Leistungen, hier erfolgt kein Abschlag) erfolgt. Basis für die Berechnung des Abschlages sind die zum Zeitpunkt der Honorarberechnung anwendbaren Leistungspositionen der Honorarordnung. Der Honorarsummenabschlag wird im Rahmen der Quartalsabrechnungen in Abzug gebracht und gesondert ausgewiesen.

7. NIEDERLASSUNGSRICHTLINIEN:

Die Niederlassungsrichtlinien für GP orientieren sich an den Niederlassungsrichtlinien für Einzelpraxen, wobei bei Bewerbung einer GP um eine freie Stelle die einzelnen Ärzte/Ärztinnen als Team bewertet werden. Nähere Informationen sind unter www.arztnoe.at abrufbar.

Mit diesem allgemeinen Gruppenpraxen-Gesamtvertrag soll den Ärzten/Ärztinnen in Niederösterreich verstärkt die Möglichkeit eröffnet werden, der Bevölkerung eine bedarfsorientierte Versorgung im Rahmen flexiblerer Zusammenarbeitsformen bieten zu können. Damit sollten für alle Beteiligten im Gesundheitswesen Vorteile erwartet werden können.

H 1

Beilage 2

Adressen und Telefax-Nummern der Krankenversicherungsträger

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
3101 St. Pölten, Postfach 164, Kremser Landstraße 3
Telefax 050 899-*6581*

Wiener Gebietskrankenkasse
1103 Wien, Postfach 6000, Wienerbergstraße 15-19, Telefax 01/602 46-13

Burgenländische Gebietskrankenkasse
7000 Eisenstadt, Esterházyplatz 3, Telefax 02682/608-1041

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
4021 Linz, Postfach 61, Gruberstraße 77, Telefax 05 78 07-*104480*

Steiermärkische Gebietskrankenkasse
8011 Graz, Postfach 900, Josef-Pongratz-Platz 1, Telefax 0316/8035-1590

Kärntner Gebietskrankenkasse
9021 Klagenfurt, Kempfstraße 8, Telefax 050 5855-2539

Salzburger Gebietskrankenkasse
5021 Salzburg, Postfach *2020, Engelbert-Weiß-Weg 10,* Telefax 0662/88 89-*1111*

Tiroler Gebietskrankenkasse
6010 Innsbruck, Postfach 574, Klara-Pölt-Weg 2, Telefax 059160-300

Vorarlberger Gebietskrankenkasse
6850 Dornbirn, Jahngasse 4, Telefax 050 84 55-1040

Betriebskrankenkasse Austria Tabak
1160 Wien, Thaliastraße 125b, Telefax 01/313 42-1469

Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe
1101 Wien, Postfach 164, Leebgasse 17, Telefax 01/602 85 62

Betriebskrankenkasse *Mondi*
3363 Ulmerfeld-Hausmening, *Theresienthalstraße 50,* Telefax 07475/500-911

Mai 2009

Betriebskrankenkasse *voestalpine Bahnsysteme*
8700 Leoben, Kerpelystraße 201, Telefax *050304 65-2127*

Betriebskrankenkasse Zeltweg
8740 Zeltweg, Alpinestraße 1, Telefax *050304 68-179*

Betriebskrankenkasse Kapfenberg
8605 Kapfenberg, Postfach 94, Friedrich-Böhler-Straße 11, Telefax 03862/207532

Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Regionalbüro NÖ/Wien
1030 Wien, Ghegastraße 1, Telefax 01/79706-1300

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
Landesstelle für Wien, NÖ und Burgenland
1081 Wien, Postfach 500, Josefstädter Straße 80, Telefax 050405-*23909*

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
Hauptstelle Wien:
1060 Wien, Linke Wienzeile 48-52, Telefax *050 2350-79100*

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
Landesstelle NÖ:
1051 Wien, Hartmanngasse 2b, Telefax 01/546 54-2535
Servicestelle Baden:
2500 Baden, Kaiser-Franz-Ring 27, Telefax 02252/89521-*589*
Servicestelle St. Pölten:
3100 St. Pölten, Daniel-Gran-Straße 48, Telefax 02742/31 10 62

H 2

Hörgeräteversorgung

Durch den Abschluss des Hörgerätegesamtvertrages zwischen Hörgeräteakustikerinnen/ -akustikern und den Sozialversicherungsträgern (mit Wirkung ab 1. Oktober 2002) ist es der Sozialversicherung möglich, eine höherwertige tarifliche Technologie der Hörgeräte einzukaufen, welche nunmehr digital programmierbare Mehrkanalgeräte mit Begrenzungssystem umfasst. Daneben konnte ein Mischtarif für HdO- und IdO-Geräte vereinbart werden, wodurch ungleiche Zuzahlungen durch die Patientinnen und Patienten wegfallen.

Wichtig ist festzuhalten, dass jede Hörgeräteversorgung auch mit einem Gerät zum Kassentarif (ohne Zuzahlung der Patientin/des Patienten) möglich ist und dass es sich dabei um eine hochwertige Versorgung handelt.

Die Ärztinnen und Ärzte werden ersucht, ihre Patientinnen und Patienten auf diesen Umstand hinzuweisen.

Der Versorgungsablauf ist wie folgt vorgesehen:

Mit der Indikationsstellung wird der Patientin/dem Patienten die Verordnung ausgestellt und mitgegeben. Damit soll die freie Wahl der Hörgeräteakustikerin/des Hörgeräteakustikers durch die Patientinnen und Patienten sichergestellt werden. Die Verordnung des Hörgerätes muss grundsätzlich vor der Anpassung durch die Hörgeräteakustikerin/den Hörgeräteakustiker erfolgen. Dies entspricht auch dem ASVG und der dazu ergangenen Judikatur, wonach die Versorgung mit Heilmitteln oder Heilbehelfen/Hilfsmitteln durch sonstige Vertragspartner/innen nur auf Grund eines vorangegangenen Behandlungsplanes der/des verordnenden Ärztin/Arztes auf Kosten des Sozialversicherungsträgers erfolgen kann.

Es wird darauf hingewiesen, dass durch diesen Regelablauf der Stellenwert der ärztlichen Tätigkeit nicht geschmälert wird. Der Ärztin/dem Arzt obliegt es weiterhin, die Patientin/den Patienten nach ihrem/seinem Ermessen von der Indikationsausstellung bis nach der Versorgung mit dem Hörgerät zu betreuen. Die Indikationsausstellung ist unumgänglich und Kontrollen während der gesamten Hörgerätetragedauer sind sinnvoll und nach ärztlicher Beurteilung durchzuführen.

Sollten im Zuge der Nachbetreuung nicht ausreichend versorgte Patientinnen/Patienten auffallen, wird die Ärztin/der Arzt gebeten, dies dem zuständigen Sozialversicherungsträger mitzuteilen, damit dieser die notwendigen Maßnahmen in die Wege leiten kann.

H 3

Heilbehelfe und Hilfsmittel - Kostenbeteiligung

Nach § 137 ASVG hat die/der Versicherte für Heilbehelfe eine Kostenbeteiligung von mindestens 20 v. H. der täglichen Höchstbeitragsgrundlage nach § 108 Abs. 3 ASVG zu leisten. Dieser Kostenbeitrag beträgt ab *1.1.2009* mindestens *€ 26,80* und hat auch für Hilfsmittel Gültigkeit.

Der Kostenbeitrag für Brillen und Kontaktlinsen beträgt im Jahr *2009 € 80,40* für die Versicherten, höchstens jedoch 10 % der Kosten. Für Kinder über dem 15. Lebensjahr, die noch als Angehörige im sozialversicherungsrechtlichen Sinne gelten, ist ein Kostenbeitrag von *€ 26,80* zu leisten. Kosten für Dreistärkengläser (Gleitsicht- und Trifokalgläser) werden nicht übernommen. Die Mindestgebrauchsdauer für Brillen wurde gesetzlich auf drei Jahre erhöht.

Kein Kostenanteil ist zu entrichten

a) von Versicherten (Angehörigen), die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben bzw. für die ohne Rücksicht auf das Lebensalter Anspruch auf die erhöhte Familienbeihilfe im Sinne des § 8 Abs. 4 bis 7 des Familienlastenausgleichsgesetzes besteht, und

b) bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit (Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr).

Die Prüfung der Voraussetzungen für die Befreiung von der Zahlung des Kostenanteiles nach Punkt a) obliegt der den Heilbehelf oder das Hilfsmittel abgebenden Stelle (Bandagist/in, Optiker/in, etc.). Ob hingegen eine Versicherte/ein Versicherter oder eine Angehörige/ein Angehöriger nach Punkt b) von der Kostenbeteiligung befreit ist, wird vom e-card-System angezeigt.

H 6

Ergebnis der Honorarverhandlungen für das Jahr *2007*

Die Honorarverhandlungen für das Jahr *2007* wurden mit folgendem Ergebnis abgeschlossen:

1. *Für das Jahr 2007 steht im Bundesland Niederösterreich ein Nachzahlungsbetrag von € 2.863.586,29 zur Verfügung. Das sind **1,11 %** der Honorarsumme des Jahres 2006 (exkl. Honorare für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, KOVG, OFG, HVG, StVG, VOG, D/DH, § 193 ASVG-Unfallverletzte, Vorsorgeuntersuchungen und Hauskrankenpflege).*

2. ***Ab dem 1.1.2007** werden für das Bundesland Niederösterreich alle Tarife der Honorarordnung, mit Ausnahme der in Abs. 3 angeführten Positionen und nach Maßgabe des Abs. 4, um 1,51 % angehoben und entsprechend der Tarifliste laut Beilage 1 festgelegt, wobei eine kaufmännische Rundung im Centbereich vorgenommen wird. Die Honorarordnung, Abschnitt C, Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen und Vergütungen, wird entsprechend der Festlegungen in Beilage 1 geändert.*

3. *Ausgenommen von dieser Tarifanhebung sind folgende Leistungspositionen der Honorarordnung:*
   - *Pos. Nr. 19 – ärztliches Gespräch,*
   - *Pos. Nr. 70 bis 90 – Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen,*
   - *Pos. Nr. 51 bis 57 – Vorsorgeuntersuchungen,*
   - *Pos. Nr. 122 – Intraarticuläre Injektion in große Gelenke,*
   - *Pos. Nr. 222 – Applanationstonometrie oder Tonographie bei begründetem Glaukomverdacht,*
   - *Pos. Nr. 620 – EKG mit zwölf Ableitungen,*
   - *Pos. Nr. 812 bis 978 – Laborleistungen lt. Abschnitt C lit. f,*
   - *Pos. für radiologische Leistungen laut Abschnitt C lit. g., Punkt II bis V,*
   - *Pilotprojekt "Verbesserung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Konsolidierung der Folgekosten" bis 31.12.2007,*
   - *Pilotprojekt "Ärztlicher Koordinationszuschlag" ab 1.1.2008.*

Mai 2009

4. ***Für das Jahr 2007*** *erfolgt die Abgeltung der Tarifanhebung in Form einer* ***Nachzahlung*** *in Höhe von 1,5502279948 % der Honorarsumme des Jahres 2007.*

   Bei der Berechnung der Honorarsumme des Jahres 2007 sind folgende Honoraranteile ausgenommen:

   - *Nachträge vor dem Jahr 2007,*
   - *Honorare für Pos. Nr. 19 – ärztliches Gespräch,*
   - *Honorare für Pos. Nr. 70 bis 90 – Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen,*
   - *Honorare für Pos. Nr. 51 bis 57 – Vorsorgeuntersuchungen,*
   - *Pos. Nr. 122 – Intraarticuläre Injektion in große Gelenke,*
   - *Pos. Nr. 222 – Applanationstonometrie oder Tonographie bei begründetem Glaukomverdacht,*
   - *Pos. Nr. 620 – EKG mit zwölf Ableitungen,*
   - *Honorare für Betreute nach dem KOVG, OFG, HVG, StVG, VOG, D/DH, § 193 ASVG-Unfallverletzte und für Hauskrankenpflege,*
   - *Honorare für das Pilotprojekt "Verbesserung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Konsolidierung der Folgekosten" ab 1.7.2006.,*
   - *Pos. Nr. 812 bis 978 – Laborleistungen lt. Abschnitt C lit. f,*
   - *Pos. für radiologische Leistungen laut Abschnitt C lit. g., Punkt II bis V.*

5. *Mit der festgelegten Honorarnachzahlung sind die Auswirkungen der Zusatzvereinbarungen über Wertsicherung für das Jahr 2007 abgegolten.*

6. *Die Anweisung der Honorarnachzahlung für das Jahr 2007 wird am* ***23.2.2009*** *vorgenommen.*

7. *Die Honorarnachzahlung für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wird in gleicher Weise mittels separater Honorarnote vorgenommen.*

8. *Die* ***Abgeltung der Tariferhöhung*** *ab 1.1.2007* ***für das 1. bis 3. Quartal 2008*** *erfolgt in Form einer* ***Nachzahlung*** *in Höhe von* ***1,51 %*** *auf die Honorarsumme dieser drei Quartale. Von der Berechnung des Nachzahlungsbetrages ausgenommen sind:*

   - *Nachträge vor dem Jahr 2007,*
   - *Honorare für Pos. Nr. 19 – ärztliches Gespräch,*

- *Honorare für Pos. Nr. 70 bis 90 – Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen,*
- *Honorare für Pos. Nr. 51 bis 57 – Vorsorgeuntersuchungen,*
- *Pos. Nr. 122 – Intraarticuläre Injektion in große Gelenke,*
- *Pos. Nr. 222 – Applanationstonometrie oder Tonographie bei begründetem Glaukomverdacht,*
- *Pos. Nr. 620 – EKG mit zwölf Ableitungen,*
- *Honorare für Betreute nach dem KOVG, OFG, HVG, StVG, VOG, D/DH, § 193 ASVG-Unfallverletzte und für Hauskrankenpflege,*
- *Honorare für das Pilotprojekt "Ärztlicher Koordinationszuschlag",*
- *Pos. Nr. 812 bis 978 – Laborleistungen lt. Abschnitt C lit. f,*
- *Pos. für radiologische Leistungen laut Abschnitt C lit. g., Punkt II bis V.*

Abs. 6 und 7 sind sinngemäß anzuwenden.

9. *Die **Nachzahlung für das 4. Quartal 2008** wird nach Fertigstellung der Quartalsabrechnung am **31.3.2009** mittels separater Honorarnote zur Anweisung gebracht.*

10. *Die Pos. 122 (Intraarticuläre Injektion in große Gelenke), Pos. 222 (Applanationstonometrie oder Tonographie bei begründetem Glaukomverdacht) und Pos. 620 (EKG mit zwölf Ableitungen) sind von der Tarifanhebung lt. Abs. 2 und 3 ausgenommen. Es ist daher ab 1.1.2007 eine Bewertung in Eurobeträgen anstelle von Punkten vorzunehmen.*

<u>Gültig bis 31.12.2006</u>

Pos. Nr.	*Art der Leistung*	*Punkte*	*Anmerkung*
PA, Ch, I, O, Uch 122	*Intraarticuläre Injektion in große Gelenke, pro Gelenk (nur Hüfte, Knie, Schulter, Ellbogen)*	*40*	*Anästhesie nicht gesondert verrechenbar.*
Au 222	*Applanationstonometrie oder Tonographie bei begründetem Glaukomverdacht*	*25*	*Inkl. Oberflächenanästhesie. Siehe "Erläuternde Bemerkungen".*

Pos. Nr.	*Art der Leistung*	*Punkte*	*Anmerkung*
PA, At, I, K 620	*EKG mit zwölf Ableitungen*	*80*	*Die Streifen sind mit Befundung drei Jahre aufzubewahren. Schriftlicher, persönlich erstellter Befund ist erforderlich. Computerausdruck ist nicht ausreichend. Siehe "Erläuternde Bemerkungen".*

<u>Rückwirkend ab 1.1.2007</u> wird die Honorarordnung, Abschnitt C, lit. d, geändert wie folgt:

Pos. Nr.	*Art der Leistung*	*€*	*Anmerkung*
PA, Ch, I, O, Uch 122	*Intraarticuläre Injektion in große Gelenke, pro Gelenk (nur Hüfte, Knie, Schulter, Ellbogen)*	*19,72*	*Anästhesie nicht gesondert verrechenbar.*
Au 222	*Applanationstonometrie oder Tonographie bei begründetem Glaukomverdacht*	*12,32*	*Inkl. Oberflächenanästhesie. Siehe "Erläuternde Bemerkungen".*
PA, At, I, K 620	*EKG mit zwölf Ableitungen*	*39,43*	*Die Streifen sind mit Befundung drei Jahre aufzubewahren. Schriftlicher, persönlich erstellter Befund ist erforderlich. Computerausdruck ist nicht ausreichend. Siehe "Erläuternde Bemerkungen".*

<u>Beilage</u>

H 6

Beilage 1

Pos. Nr	Positionskurztext	Tarife ab 1.1.2007
	Bereitschaftsdienstpauschale	171,40
	Tagdoppelkilometer	1,47
	Nachtdoppelkilometer	2,21
	Grundvergütung - Ärzte f. Allgemeinmedizin	3,12
	Grundvergütung - FA für Hauterkrankungen	2,48
	Grundvergütung - FA für Frauenheilkunde	2,91
	Grundvergütung - FA für Innere Medizin	3,80
	Grundvergütung - FA für Kinderheilkunde	2,75
	Grundvergütung - FA für Lungenerkrankungen	2,53
	Grundvergütung - FA für Urologie	2,83
	Grundvergütung aller anderen Vertragsfachgruppen (ausgenommen Vertragsfachärzte für Radiologie)	2,46
	Zuschlag zur Grundvergütung bei Ärzten f. Allgemeinmedizin	0,40
	Punktwert Einzelleistungen	0,5003
Ordinationen und Visiten		
1	Tagesvisite an Werktagen	28,55
2	Dringend verlangte Visite	32,64
3	Nachtordination	24,48
4	Nachtvisite	42,45
5	Sonntagsvisite	29,14
6	Sonntagsordination	13,05
7	Befundbericht	6,45
8	Ord. außerhalb d.Sprechstunde	9,80
9	Ordination eingeschränkt	2,69
10	Konsilium bei Tag	27,75
11	Konsilium bei Nacht	40,81
12	Ordination	7,02
Einzelleistungen		
122	Injektion gr. Gelenke	19,72
222	Applanationstonometrie	12,32
479	Sonographie von Weichteilen	16,33
485	Sonographie der kindl. Hüfte	32,64
536	U6:Sonogr.b.pathol.Schwanger.	18,57
537	U7:Sonogr.von Tumoren	18,57
538	Vaginosonographie	25,95
539	U5:1. Sonogr.b.Schwangerschaft	20,39
540	U5:2. Sonogr.b.Schwangerschaft	20,39
572	Urologischer Ultraschall	20,39
601	Auflichtunters./Dermatoskopie	3,28
602	Allergologische Exploration	6,28
617	Sonographie des Oberbauches	36,73
618	Sonogr.des rechten Oberbauches	24,48
619	Sonogr.d.Nieren und Retroper.	26,12
620	EKG mit 12 Ableitungen	39,43
699	EEG	45,71
	Fachspezifischer Zuschlag bei Fachärzten für Kinderheilkunde	0,81
	Fachspezifischer Zuschlag bei Fachärzten für Neurologie	0,09
Physikotherapie		
710	Kurzwellen	1,63
711	Galvanisation etc.	1,24
712	Jontophorese	1,40

Pos. Nr	Positionskurztext	Tarife ab 1.1.2007
713	Reizstromtherapie	2,46
714	Kombinierte Frequenztherapie	1,63
715	Quarzlicht	1,21
716	Anwendung v.Wärmelampen	0,81
717	Heißluft	1,10
718	Phototherapie b.Psoriasis	4,40
720	Aerosolinhalation	1,10
721	Heilgymnastik,Gruppenturnen	2,46
722	Heilgymnastik,Einzelturnen	4,89
723	Manuelle Massage	4,08
724	Extensionsbehandlung	1,24
725	Extension d.Lendenwirbelsäule	3,28
726	Therapeutischer Ultraschall	2,46
730	Schwellstrom	1,47
731	Galvanisches Zweizellenbad	1,47
732	Galvanisches Vierzellenbad	1,80
Laborleistungen		
	Laborpunktewert bis 17.000 Punkte in der eigenen Ordination	0,2183
	Laborpunktewert von 17.001 bis 34.000 Punkte in der eigenen Ordination	0,1062
	Laborpunktewert über 34.000 Punkte in der eigenen Ordination	0,0481
	Laborpunktewert bis 17.000 Punkte in einer Laborgemeinschaft	0,1571
	Laborpunktewert von 17.001 bis 34.000 Punkte in einer Laborgemeinschaft	0,1023
	Laborpunktewert über 34.000 Punkte in einer Laborgemeinschaft	0,0481
Röntgendiagnostische Untersuchungen		
	Ersthonorar	4,66
	Zweithonorar	2,15
	Zahnaufnahmen f.d.1.-3.Film	4,66
	Für je weitere 1-3 Filme	2,15
	Durchleuchtung	3,25
	Durchleuchtung m.Kontrastbrei	4,16
	Aufnahme 9x12	2,52
	Aufnahme 13x18	3,17
	Aufnahme 18x24	3,99
	Aufnahme 15x40	4,45
	Aufnahme 24x30	4,73
	Aufnahme 30x40	6,13
	1.Zahnfilm	1,70
	jeder weitere Zahnfilm	0,65
	Pneumothoraxkontrolle	2,96
	Zuschlag f.dosissparende DL	2,28

	Tarife ab 1.7.2006					
	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)	
Kurztext	Pos.Nr.	Tarif	Pos.Nr.	Tarif	Pos.Nr.	Tarif
Sonographie: Oberbauch	60	38,05	160	36,05	260	34,05
Sonog.: Nieren+Retroperitoneum	61	31,04	161	29,40	261	27,77
Sonographie: Unterbauch	62	25,86	162	24,49	262	23,15
Sonogr. bei Schwangerschaft	63	18,47	163	17,50	263	16,53
Sonogr.v.1 Organ bei Kontrolle	64	23,64	164	22,40	264	21,15
Mammasonographie, je Seite	65	10,34	165	9,80	265	9,26
Duplexsonographie	67	47,66	167	45,16	267	42,65
small-parts Schilddrüse	81	24,03	181	22,75	281	21,50
small-parts Halsweichteile	82	24,03	182	22,75	282	21,50
s-p Endovag. bzw. transrect.	83	24,03	183	22,75	283	21,50
small-parts Hoden	84	18,47	184	17,50	284	16,53
s-p Oberfl. Raumforderungen	85	11,08	185	10,49	285	9,91
small-parts Kindliche Hüfte	86	29,55	186	28,00	286	26,44
Knochendichtemessung	90	29,55	190	28,00	290	26,44
Schädel	501	25,47	601	24,13	701	22,79
Gesichtsschädel	502	16,01	602	15,17	702	14,32
Schädelbasis	503	11,23	603	10,65	703	10,06
Sella	504	13,43	604	12,72	704	12,01
Schläfenbein, pro Seite	505	24,66	605	23,37	705	22,06
Nasennebenhöhlen	507	29,20	607	27,66	707	26,13
Nasenbein	508	16,74	608	15,86	708	14,98
Kiefergelenk, pro Seite	509	21,77	609	20,63	709	19,48
Gesamtes Oberkiefer	510	19,00	610	17,98	710	16,99
Gesamtes Unterkiefer	511	20,07	611	19,02	711	17,95
Halswirbelsäule	512	27,69	612	26,24	712	24,77
Halswirbelsäule(Funktionsauf.)	514	53,42	614	50,60	714	47,79
Brustwirbelsäule	515	26,48	615	25,08	715	23,68
Wirbelsäule, einzelne Abschn.	516	19,53	616	18,50	716	17,48
Lendenwirbelsäule (Kreuzbein)	517	30,51	617	28,91	717	27,31
Kreuz- Steißbein u.Sacroili.	518	19,76	618	18,70	718	17,67
Gesamte Wirbelsäule	519	82,45	619	78,10	719	73,77
Wirbelsäule, Ganzaufn. stehend	520	39,48	620	37,42	720	35,33
Rippen, einseitig	521	29,54	621	27,99	721	26,43
Sternum	523	23,28	623	22,04	723	20,83
Clavicula, pro Seite	524	14,75	624	13,98	724	13,20
Scapula, pro Seite	525	22,43	625	21,24	725	20,07
Oberarm, pro Seite	526	24,52	626	23,23	726	21,93
Unterarm, pro Seite	527	24,01	627	22,74	727	21,48
Hand, pro Seite	528	22,69	628	21,51	728	20,30
Navicularserie, pro Seite	529	19,58	629	18,56	729	17,53
1 Finger, Zehe, Handwurzelkn.	530	19,61	630	18,59	730	17,56
Oberschenkel, pro Seite	531	26,56	631	25,15	731	23,76
Unterschenkel, pro Seite	532	23,85	632	22,59	732	21,34
Ganzer Fuß, pro Seite	533	23,64	633	22,40	733	21,15
Vor-,Mittelfuß,Fußwurzel(je)	534	21,13	634	20,03	734	18,92

	Tarife ab 1.7.2006					
	Stufe 1 (Digital und Archivierung)		Stufe 2 (Digital ohne Archivierung)		Stufe 3 (Analog ohne Archivierung)	
Kurztext	Pos.Nr.	Tarif	Pos.Nr.	Tarif	Pos.Nr.	Tarif
Calcancus, pro Seite	535	17,82	635	16,89	735	15,95
Sternoclaviculargelenk, je	537	18,31	637	17,35	737	16,37
Schultergelenk, je Seite	538	24,33	638	23,05	738	21,77
Ellenbogengelenk, pro Seite	539	21,18	639	20,07	739	18,97
Handgelenk und Mittelhand	540	22,00	640	20,85	740	19,68
Becken bis zum 10. Lebensjahr	541	17,18	641	16,28	741	15,37
Becken ab dem 10. Lebensjahr	542	17,36	642	16,44	742	15,52
Hüftgelenk, ap. und axial	543	24,42	643	23,14	743	21,85
Hüftgelenk, axial	544	13,60	644	12,88	744	12,16
Kniegelenk, pro Seite	545	23,07	645	21,85	745	20,65
Knie mit Patella, je Seite	546	31,04	646	29,40	746	27,77
Sprunggelenk, pro Seite	547	21,57	647	20,43	747	19,30
Zahnstatus	548	34,30	648	32,49	748	30,69
Zähne, 1-3 benachbarte	549	12,34	649	11,69	749	11,04
Thorax bis zum 10. Lebensjahr	551	25,08	651	23,76	751	22,45
Thorax ab dem 10. Lebensjahr	552	37,62	652	35,63	752	33,66
Oesophagus	556	38,90	656	36,86	756	34,81
Halsorgane	557	35,89	657	33,99	757	32,10
Magen-Duodenum in Doppelkontr.	559	70,75	659	67,02	759	63,30
Dünndarmpassage	561	60,78	661	57,59	761	54,39
Dickdarmpassage, 24 h.p.c.	562	34,52	662	32,71	762	30,88
Irrigoskopie in Doppelkontr.	563	108,68	663	102,97	763	97,25
Gallenblase, nativ	566	13,31	666	12,60	766	11,90
Perorale Cholecystographie	567	36,13	667	34,24	767	32,32
iv/Inf Cholangio-Cholecystogr.	568	77,46	668	73,38	768	69,32
iv/Inf Cholangiographie	570	66,98	670	63,46	770	59,93
Abdomen, nativ	572	23,83	672	22,57	772	21,32
Harntrakt, nativ	578	18,45	678	17,49	778	16,52
iv/Inf Pyelographie	579	74,76	679	70,82	779	66,89
Retrograde MCU	580	73,02	680	69,17	780	65,33
Retrograde Pyelographie	581	25,15	681	23,83	781	22,51
Mammographie, je Seite	583	45,52	683	43,13	783	40,73
VU-Mammographie, je Seite	596	45,52	696	43,13	796	40,73
Galaktographie	584	21,29	684	20,17	784	19,06
Hystero-Salpingographie	585	42,00	685	39,80	785	37,59
Pneumocystographie	586	27,34	686	25,89	786	24,45
Phlebographie, pro Extremität	588	70,95	688	67,22	788	63,49
Fremdkörperlokalisation	590	35,50	690	33,63	790	31,77
Tomographie der Lunge, bds.	592	72,61	692	68,80	792	64,97
Tomographie der Knochen	593	50,29	693	47,64	793	44,99
Tomographie der Gallenblase	594	30,21	694	28,62	794	27,03
Tomographie der Nieren, bds.	595	35,88	695	33,98	795	32,09

H 9

Arbeitskreis Heilmittel – "Allzu viel ist ungesund" – Gemeinsam für Patientensicherheit und optimale Versorgung im Heilmittelbereich

Die Stichworte Heilmittel, Generika und ökonomische Verschreibung sind seit geraumer Zeit Themen in der öffentlichen Gesundheitsdiskussion und somit auch im Gespräch und in Verhandlungen zwischen der Krankenkasse und der Ärzteschaft nicht wegzudenken.

Seit einigen Jahren laufen gemeinsame Bemühungen der Ärztekammer für NÖ und der NÖGKK, langfristige Strategien gegen die stetig wachsenden Heilmittelkosten zu entwickeln. Zum Ziel gesetzt hat man sich, gemeinsame Maßnahmen zur Abflachung der Steigerungen in jenen Bereichen zu erarbeiten, die besonders stark vom Durchschnitt aller Gebietskrankenkassen abweichen. Mit den Projekten "In dubio pro verbo" und "Ärztlicher Koordinationszuschlag" (Positionen 13 und 14) wurde dieser Weg begonnen und soll nun mit weiteren Maßnahmen fortgesetzt werden. Besonders gilt es jene Bereiche zu identifizieren, in denen die Optimierung der medizinischen Versorgungsqualität möglich ist, um die Sicherheit in der medikamentösen Versorgung zu gewährleisten.

Unter dem Motto "Allzu viel ist ungesund" – Gemeinsam für Patientensicherheit und optimale Versorgung im Heilmittelbereich setzen die Ärztekammer für NÖ und die NÖGKK eine gemeinsame Initiative zur bestmöglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten und zur Senkung der Heilmittelkosten.

Ansatzpunkte sind:

- *Polypharmakotherapie (ältere Menschen, Interaktionen) → Regelmäßige Überprüfung der Medikation auf ihre Notwendigkeit, keine gewohnheitsmäßigen Dauertherapien → Interaktions-Check im Rahmen der Beratungsgespräche*
- *Reduktion der Verordnungsmenge*
- *Protonenpumpenhemmer (kritischer Einsatz der hochdosierten und/oder Langzeittherapie sowie generisches Einsparungspotenzial der PPI) → Jährliche Reduktion des Heilmittelaufwandes bei ausschließlichem Einsatz der generisch verfügbaren Wirkstoffe Lansoprazol und Omeprazol um 3,6 Mio. € (Preisstand WVZ 06/2009)*

Mai 2009

- *Bisphosphonate (Therapie im richtigen Alter, Basismedikation) → Spezifische medikamentöse Osteoporosetherapie nur für jene Patientinnen/Patienten, die das höchste Frakturrisiko haben: Ohne zusätzliche Risikofaktoren sind dies Männer über 70 Jahre und Frauen über 65 Jahre. Die Realversorgung erfolgt bei jeder vierten Verordnung in einem jüngeren Lebensalter → Unterschiede durch Wahl des kostengünstigsten Präparates (von € 178,20 bis € 456,40 Therapiekosten pro Patientin/Patient und Jahr)*

- *AT II-Antagonisten (gleichwertige Therapie zu unterschiedlichen Preisen) → Kosten pro Verordnung: ACE-Hemmer: € 10,96; AT II-Antagonisten: € 26,37: → Bei Reduktion auf die in Studien bestätigten 10 % von ACE-Hemmer-Unverträglichkeiten könnten Einsparungen von 5,4 Mio. € erzielt werden.*

- *Berücksichtigung des generischen Angebots bei den obigen Themen zur weiteren Steigerung des Generikaanteils.*

Diese Vorhaben sollen gemeinsam umgesetzt werden. Seit kurzem finden daher Bezirksärztetreffen mit einer Datenpräsentation statt (Vergleich der Bezirke sowie anonymisiert der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin eines Bezirkes). Darüber hinaus wird der bewährte Arzneidialog mit Ärztinnen und Ärzten der NÖGKK fortgeführt, bei denen auf individueller Basis Einsparmöglichkeiten besprochen werden können. Es besteht neuerdings auch die Möglichkeit des "kollegialen" Gesprächs mit der Kurienführung.

Mit Slogans wie "Lebensstil statt Medikament?", "Doppelt hält (nicht) besser" oder "Erst sprechen dann schlucken" werden direkt die Patientinnen und Patienten von kompetenter Stelle informiert, um einer Verunsicherung durch die Medien zuvorzukommen.

Zur Heilmittelkostendämpfung finden auch bundesweite Aktivitäten statt. Themen sind u. a. eine eindeutige Nomenklatur von wirkstoffgleichen Arzneispezialitäten, eine differenzierte Rezeptgebühr für günstigere wirkstoffgleiche Arzneispezialitäten sowie die verstärkte Bindung der Krankenanstalten an den EKO bzw. an die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RÖV). Diese Inhalte wurden gemeinsam zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie Niedergelassene Ärzte formuliert. Die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen sehen u. a. vor, dass bei mehreren therapeutisch geeigneten Heilmitteln das ökonomisch günstigste zu wählen ist. Entsprechende Vorschläge wurden an Bundesminister Stöger übermittelt. Die möglichen Einsparungen sollen auch strukturellen Verbesserungen zugutekommen.

Ungeachtet dessen liegt es bei jeder einzelnen Vertragsärztin/jedem einzelnen Vertragsarzt, im Sinne der Patientensicherheit eine optimale medikamentöse Versorgung zu gewährleisten. Deshalb sollen die Ärztinnen und Ärzte persönlich – mit ihren täglichen Leistungen und Patientenkontakten – in der ärztlichen Ordination als Ansprechpartnerinnen bzw. -partner für diese Anliegen gewonnen und um Unterstützung gebeten werden.

All jenen Ärztinnen und Ärzten, die schon bisher ein hohes Ausmaß an Generika verschreiben bzw. mit Bedacht verordnen, wird an dieser Stelle gedankt.

In-vitro-Fertilisation

Seit 1.1.2000 ist das In-vitro-Fertilisations-Fonds-Gesetz (IVF-FondsG), zuletzt geändert durch die IVF-Fonds-Gesetz-Novelle 2004, in Kraft, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der **IVF** eingerichtet wurde, der bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen 70 % der Behandlungskosten trägt. Das beiliegende Informationsblatt samt Vertragspartnerliste gibt Aufschluss über die Voraussetzungen der fondsfinanzierten IVF.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die künstliche Befruchtung weiterhin **keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung** ist. Mit der IVF wird nämlich nicht der Zustand der Unfruchtbarkeit, sondern jener der ungewollten Kinderlosigkeit beseitigt. Daraus folgt, dass eine im Zusammenhang mit der komplikationslosen künstlichen Befruchtung stehende Arbeitsunfähigkeit - mag eine solche auch aus rein medizinischer Sicht durchaus vorliegen - von der sozialen Krankenversicherung nicht als Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit anerkannt wird und somit keinen Krankenstand im herkömmlichen Sinn rechtfertigt. Auch die zur Vorbereitung der künstlichen Befruchtung erforderlichen Medikamente können nicht über den Weg der chefärztlichen Bewilligung auf Kassenkosten bezogen werden. Vielmehr werden sie direkt über die Anstaltsapotheke einer öffentlichen Krankenanstalt oder mit einem vom jeweiligen IVF-Zentrum ausgestellten Rezept über eine öffentliche Apotheke abgegeben. Diese Medikamentekosten werden ebenfalls zu 70 % vom Fonds getragen.

Daher wird darauf hingewiesen, dass im Zusammenhang mit künstlichen Befruchtungen keine Krankmeldungen ausgestellt werden können. Desgleichen erübrigt sich die Verordnung von zur Hormonstimulation im Rahmen einer IVF erforderlichen Medikamenten auf Kassenrezept sowie deren Einreichen *beim Ärztlichen Dienst.*

Beilagen

Mai 2009

Beilage 2

Vertragskrankenanstalten des IVF-Fonds

Ö = öffentliche Krankenanstalt
P = private Krankenanstalt

WIEN

Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien (Ö)
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien
www.meduniwien.ac.at/ivf

Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (Ö)
Wolkersbergenstraße 1
1130 Wien

Gynandron (P)
Dr. Freude Ges.m.b.H.
Institut für Fortpflanzungsmedizin und Endokrinologie
Niederhofstraße 30/2
1120 Wien
www.sterilitaet.at

Adebar - Institut für Reproduktionsmedizin und
Psychosomatik der Sterilität (P)
Hadikgasse 82
1140 Wien
www.adebar.co.at

Privatspital Goldenes Kreuz (P)
Lazarettgasse 16-18
1090 Wien
www.kinderwunschzentrum.com

Mai 2009

Tagesklinik Wien (P)
Prof. Hernuss GmbH
Kreuzgasse 17-19
1180 Wien

Wunschbabyzentrum (P)
Institut für Kinderwunsch
Lainzer Straße 6
1130 Wien
www.wunschbaby.at

BURGENLAND

A. ö. Krankenhaus Oberpullendorf (Ö)
Spital*straße* 32
7350 Oberpullendorf
www.krages.co.at/start.asp

NIEDERÖSTERREICH

Landesklinikum St. Pölten (Ö)
Propst-Führer-Straße 4
3100 St. Pölten
www.kinderwunschambulanz.at

Landesklinikum Waldviertel Horn (Ö)
Spitalgasse 10
3580 Horn
www.lknoe.at/de/1469

OBERÖSTERREICH

Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz (Ö)
Krankenhausstraße 26-30
4020 Linz
www.kinderwunsch-linz.at

KinderWunschKlinik Dr. Loimer Ges.m.b.H. (P)
Traunufer-Arkade 1
4600 Thalheim bei Wels
www.baby4you.at

SALZBURG

Landeskrankenhaus Salzburg (Ö)
Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Müllner Hauptstraße 48
5020 Salzburg
www.frauenklinik-salzburg.at/ivf

Babywunschklinik Dr. Zajc GmbH (P)
Ludwig-Bieringer-Platz 1
5071 Wals-Himmelreich
www. babywunsch-klinik.at

IVF-Zentren Prof. Zech Salzburg (P)
Innsbrucker Bundesstraße 35
5020 Salzburg
www.ivf.at

STEIERMARK

Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik (Ö)
Auenbruggerplatz 14
8036 Graz
www.meduni-graz.at/gynaekologie

Institut für Hormonstörungen und Kinderwunsch (P)
Kaiser-Franz-Josefs-Kai 46
8010 Graz
www.ivf-institut.at

Mai 2009

Institut für In-vitro-Fertilisation und Endokrinologie (P)
Rechbauerstraße 49
8010 Graz
www.ivf-steiner.at

Kinderwunschinstitut Schenk GmbH (P)
Am Sendergrund 12
8143 Dobl
www.kinderwunsch-institut.at

KÄRNTEN

Institut für Sterilitätsdiagnostik und Behandlung "STERIGNOST" (P)
Linsengasse 46
9020 Klagenfurt
www.kinderwunsch-co.at

Privatkrankenanstalt Parkvilla (P)
Institut zur Behandlung von Fertilitätsstörungen
Parkweg 1
9201 Krumpendorf
www.szalay.at

TIROL

Universitätsklinik für Frauenheilkunde (Ö)
Anichstraße 35
6020 Innsbruck
www.kinderwunsch-zentrum.at

Private Kinderwunschklinik (P)
Dr. Josef Zech GmbH
Grabenweg 64
6020 Innsbruck
www.kinderwunsch.at

WOMED-Therapiezentrum Kinderwunsch (P)
Karl-Kapferer-Straße 5
6020 Innsbruck
www.womed.at

VORARLBERG

Kinderwunschzentrum Feldkirch (Ö)
Carinagasse 47
6800 Feldkirch
www.lkhf.at/feldkirch/gynaekologie.at

Institut für Reproduktionsmedizin und
Endokrinologie Dr. H. Zech GmbH (P)
Römerstraße 2
6900 Bregenz
www.ivf.at

Projekt "Ärztlicher Koordinationszuschlag"

Das Projekt "Verbesserung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Konsolidierung der Folgekosten" ist mit 31.12.2007 ausgelaufen und hat leider nicht die gewünschten Einsparungseffekte in bestimmten Folgekostenbereichen erzielt. Dennoch ist es wichtig, den Weg der verstärkten ärztlichen Beratungstätigkeit weiter zu verfolgen. Darin sehen die Ärztekammer für Niederösterreich und die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse einen wichtigen Weg für eine qualitativ hoch stehende ärztliche Leistung und gleichzeitig die Möglichkeit, Folgekosten in den Griff zu bekommen.

Im Rahmen eines Pilotprojektes wurde daher ein "Ärztlicher Koordinationszuschlag" vorerst für den Zeitraum 1.1.2008 bis 31.12.2008 eingeführt, der unter den Pos. Nr. 13 (Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin) bzw. 14 (allgemeine Fachärztinnen/-ärzte) bei nachstehend demonstrativ aufgezählten ärztlichen Leistungen verrechnet werden kann:

- *Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patientinnen/Patienten,*
- *Koordinierung des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements,*
- *Telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung,*
- *Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes,*
- *Organisation von Pflegemaßnahmen, OP (Terminen), Spezialbehandlungen und Rehabilitation,*
- *Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland,*
- *Besprechung der weiterführenden Therapie mit der Hausärztin/dem Hausarzt oder*
- *Einholung externer Befunde bei fehlender Überweisung.*

*Der Tarif beträgt **€ 11,04** und ist bei Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin mittels Pos. Nr. 13 abrechenbar, verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal und maximal in 8 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal. Für allgemeine Fachärztinnen/-ärzte ist der Ärztliche Koordinationszuschlag unter Verwendung der Pos. Nr. 14 abrechenbar, und zwar für Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde und Innere Medizin, verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal*

und in maximal 6 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal, für alle anderen Fachärztinnen/-ärzte mit Ausnahme der Radiologinnen/Radiologen, verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal und in maximal 3 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal.

Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass das Projekt "Verbesserung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Konsolidierung der Folgekosten" mit 31.12.2007 ausgelaufen ist und die dort festgeschriebenen besonderen Verrechnungsmöglichkeiten betreffend Pos. Nr. 19 und die Abrechnung der bisherigen Pos. 13 und 14 alt – Koordinierungsmaßnahmen Heilmittelberatung ab 1.1.2008 nicht mehr gelten.

Nach Ablauf des mit 1.1.2008 bis 31.12.2008 festgesetzten Zeitraumes sind die Ärztekammer für Niederösterreich und die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse übereingekommen, das Pilotprojekt "Ärztlicher Koordinationszuschlag" in der zuletzt geltenden Fassung für den Zeitraum 1.1.2009 bis 31.12.2009 unter den bisherigen Bedingungen weiterzuführen.

K 6

Indikationsliste für Kontaktlinsen

Auf Grund einer Empfehlung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger werden Kontaktlinsen von der Kasse ab sofort nur mehr bei nachstehend angeführten Anomalien bzw. Erkrankungen bewilligt:

1. Refraktionsanomalien

   a) Anisometropie von mindestens 3 Dioptrien
      bei nachweislich vorhandenem Binokularsehen

   b) Regulärer Astigmatismus von mindestens 3 Dioptrien

   c) Irregulärer Astigmatismus

   d) Keratokonus

   e) Hochgradige Myopie von mindestens 7 Dioptrien und Hypermetropie von mindestens 6 Dioptrien

   f) Progrediente Myopie mit Nachweis der Dioptrienzunahme (harte Kontaktlinsen)

   g) Aphakie

2. Therapeutische Kontaktlinsen

   a) Verbandlinsen
      - bei Erkrankungen der Hornhaut
      - nach durchbohrenden Hornhautverletzungen
      - als Medikamententräger

   b) Behandlung der Schwachsichtigkeit (= Amblyopie)

3. Brillenunverträglichkeit

   a) Druckstellen (Bestätigung von der Hautärztin/vom Hautarzt)

   b) Zustand nach Nasenbeinoperation (Bestätigung von der HNO-Ärztin/vom HNO-Arzt)

Mai 2009

Inwieweit Kontaktlinsen auch bei beruflicher Indikation genehmigt werden, ist von der Kasse in jedem Einzelfall zu prüfen.

Seitens der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse ist eine Kostenübernahme für Kontaktlinsen nur im Rahmen der für Sehbehelfe vorgesehenen Höchstbeträge möglich. Mit Ausnahme der in der Information *S 1* angeführten Voraussetzungen für eine bewilligungsfreie Abgabe der Kontaktlinsen ist die vorherige Bewilligung der Kasse einzuholen.

M 1

Mutter-Kind-Pass - Erweiterung des Untersuchungsprogrammes

Auf Grund einer Vereinbarung zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erfolgte ab 1.1.2002 eine separate Erfassung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durch einzelne Positionsnummern und eine Erweiterung des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes um die Pos. 86 (Zusätzliche Kindesuntersuchung im 5. Lebensjahr).

Neue Leistung ab 1.1.2002:

Pos. 86: Zusätzliche Kindesuntersuchung im 5. Lebensjahr (58. bis 62. Lebensmonat) durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde

Bestehende Sonderleistungen

Pos. 70	Erstuntersuchung der kindlichen Hüften des Neugeborenen mittels Ultraschall, sofern die Entbindung nicht in einer Krankenanstalt erfolgte, durch Vertragsärzte für Kinderheilkunde, Orthopädie und Radiologie mit entsprechendem Ausbildungsnachweis und erforderlicher Geräteausstattung
Pos. 71	Weitere Untersuchung der kindlichen Hüften des Neugeborenen mittels Ultraschall in der 6. bis 8. Lebenswoche durch Vertragsärzte für Kinderheilkunde, Orthopädie und Radiologie mit entsprechendem Ausbildungsnachweis und erforderlicher Geräteausstattung
Pos. 72	Erste Untersuchung der Schwangeren bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Pos. 73	Zweite Untersuchung der Schwangeren in der 17. bis 20. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Pos. 74	Dritte Untersuchung der Schwangeren in der 25. bis 28. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Bestehende Sonderleistungen

Pos. 75	Vierte Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Pos. 76	Fünfte Untersuchung der Schwangeren in der 35. bis 38. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Pos. 77	Interne Untersuchung der Schwangeren in der 17. bis 20. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Innere Medizin
Pos. 78	Untersuchung des Neugeborenen in der ersten Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde
Pos. 79	Erste Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde
Pos. 80	Zweite Untersuchung des Kindes im 3. bis 5. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde
Pos. 81	Dritte Untersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde
Pos. 82	Vierte Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde
Pos. 83	Fünfte Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde
Pos. 84	Sechste Untersuchung des Kindes im 34. bis 38. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde

Bestehende Sonderleistungen

Pos. 85 Siebente Untersuchung des Kindes im 46. bis 50. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde

Pos. 86 Zusätzliche Kindesuntersuchung im 5. Lebensjahr (58. bis 62. Lebensmonat) durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde

Pos. 87 Orthopädische Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Orthopädie

Pos. 88 Hals-, Nasen- und Ohren-Untersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Pos. 89 Augenärztliche Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Augenheilkunde

Pos. 90 Als zusätzliche fakultative Untersuchung ist eine augenfachärztliche Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat durch Vertragsfachärzte für Augenheilkunde vorgesehen.

Sonographische Untersuchungen

Pos. 539 Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche, einschließlich Dokumentation, durch Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Pos. 63 durch Vertragsfachärzte für Radiologie
Pos. 163
Pos. 263

Pos. 540 Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche, einschließlich Dokumentation, durch Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Pos. 63 durch Vertragsfachärzte für Radiologie
Pos. 163
Pos. 263

Die durchgeführten Sonderleistungen sowie die übrigen Einzelleistungen *werden in der bisher üblichen Art im Rahmen der Quartalsabrechnung honoriert.*

Die erste Untersuchung der Schwangeren im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes beinhaltet neben anderen Blutuntersuchungen auch den Test auf Vorliegen einer Luesinfektion.

Einer Empfehlung des Obersten Sanitätsrates zufolge ist als Suchtest für eine Luesinfektion in der Schwangerschaft der ***Treponema-pallidum-Hämagglutinations-Assay (TPHA)*** *oder der* ***Treponema-pallidum-Agglutinations-Test (TPPA)*** *und nicht der Veneral Disease Research Laboratories-Test (VDRL) zu verwenden.*

M 3

Honorierung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen an nichtversicherten Personen ab 1. Jänner 1978

Die gesetzlichen Bestimmungen über die Durchführung von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sind auch auf Personen anzuwenden, für die kein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist vereinbart worden, dass die nichtversicherten Personen hinsichtlich der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen **ab 1.1.1978 von der dem Wohnsitz nach zuständigen Gebietskrankenkasse betreut** und die Kosten der Untersuchungen nach den bei der Gebietskrankenkasse jeweils geltenden Tarifen verrechnet werden.

Im Hinblick auf diese Vereinbarung bedarf es ab 1.1.1978 in jenen Fällen, in welchen die Vertrags(fach)ärztinnen bzw. Vertrags(fach)ärzte von nichtversicherten Personen zur Durchführung von Mutter-Kind-Pass-Leistungen (Untersuchungen nach den *Positionen 70 bis 90* sowie damit zusammenhängende Einzel- und Laborleistungen) in Anspruch genommen werden, der Ausfertigung eines Beiblattes. Dieses ist **rechts oben in der Spalte "Sonstige Kasse"** mit dem Vermerk

"MKP - NICHT VERSICHERT"

zu versehen. Die getätigten Leistungen sind in der üblichen Weise auf der Rückseite des Beiblattes einzutragen, das im Rahmen der Quartalsabrechnung unter den Normalfällen eingereiht und gezählt der Gemeinsamen Verrechnungsstelle zur Honorierung vorgelegt wird.

Soferne im Zusammenhang mit Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen **Überweisungen** von nichtversicherten Personen zu Fachärztinnen bzw. -ärzten erforderlich sein sollten, ist auch auf dem Überweisungsschein in der entsprechenden Spalte der Vermerk **"MKP - NICHT VERSICHERT"** anzubringen. In diesen Fällen rechnet die jeweilige Vertragsfachärztin bzw. der jeweilige Vertragsfacharzt mit dem Überweisungsschein ab.

Mai 2009

M 6

Abschluss von Verträgen mit Ambulatorien für Magnetresonanztomographie

Gemäß § 349 Abs. 2b ASVG sind die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und Krankenanstalten, die ambulante Untersuchungen mit Großgeräten durchführen, durch Gesamtverträge zu regeln. Unter Zugrundelegung eines vom Hauptverband mit der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossenen Mustergesamtvertrages gilt seit 1.1.2005 in Niederösterreich der zwischen Wirtschaftskammer NÖ und Nö. Gebietskrankenkasse ausverhandelte Gesamtvertrag über die Durchführung von MRT-Untersuchungen. Dieser Gesamtvertrag bildet einen wesentlichen Bestandteil der ebenfalls zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Einzelverträge. Eine wichtige Neuerung ist die geänderte Definition der Untersuchungsregionen.

Auf Grund der nunmehr geltenden Vereinbarungen ist von den Ambulatorien (Beilage 2) nicht mehr ein Pauschalhonorar für die Abklärung eines Krankheitsbildes verrechenbar, sondern erfolgt die Honorierung pro untersuchter Körperregion. …

Für die Zuweisung von Patientinnen bzw. Patienten an die genannten Vertragsambulatorien ist weiterhin das im Einvernehmen mit der Ärztekammer für NÖ aufgelegte spezielle Formular zu verwenden. Dieses Formular, ein Muster liegt bei (Beilage 3), kann bei Bedarf von der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der Nö. Gebietskrankenkasse, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, angefordert werden. Zuweisungen zu MRT-Untersuchungen können nur von **Vertragsfachärztinnen bzw. -ärzten** veranlasst werden. Zuweisungen von Vertragsärztinnen bzw. -ärzten für Allgemeinmedizin können in dringenden Fällen mit der entsprechenden Begründung durch direkten Kontakt mit *dem Ärztlichen Dienst* der Nö. Gebietskrankenkasse in St. Pölten (allenfalls per Telefax) abgeklärt werden.

Der vollständigen Ausfertigung der MRT-Zuweisung in allen vorgesehenen Rubriken (Klinische Symptomatik - Konkrete Fragestellung - Zu untersuchende Region - Bereits erhobene Befunde - Besondere Vermerke) durch die zuweisende Ärztin bzw. den zuweisenden Arzt kommt auch zukünftig wesentliche Bedeutung zu. Dieser Punkt ist ganz besonders zu beachten!

Mai 2009

Generell sind optimale diagnostische Ergebnisse nur bei einer möglichst exakten Zuweisung und einer genauen Eingrenzung des Untersuchungsgebietes zu erwarten. Die einzelnen Regionen, auf die die Zuweisung zur MRT daher künftig eingegrenzt werden sollte, sind der Beilage 1 zu entnehmen.

Die MRT-Untersuchungen bedürfen der vorherigen chefärztlichen Genehmigung. Diese kann *beim Ärztlichen Dienst* der Nö. Gebietskrankenkasse in 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, oder über die *Service-Center* der Kasse eingeholt werden.

Um mit den begrenzten Ressourcen im medizinischen System sparsam umzugehen und auch eine möglichst geringe Belastung der Patientinnen und Patienten herbeizuführen, wird an alle zuweisenden Ärztinnen und Ärzte appelliert, eine möglichst exakte anamnestische Vorinformation zur Verfügung zu stellen, um eine entsprechende Eingrenzung der Untersuchung auf das medizinisch Notwendige zu ermöglichen.

Beilagen

Mai 2009

M 6

Beilage 2

Ambulatorien

Ambulatorium für Magnetresonanztomographie
Prim. Dr. Peter Chocholka
Institutsstandort: Landesklinikum Mostviertel Amstetten
Krankenhausstraße 21
3300 Amstetten

Institut für bildgebende Diagnostik
Computertomographie und Magnetresonanztomographie Baden
Dr. Drlicek, Dr. Hayder, Dr. Eisenbauer, Dr. Swetly GmbH
Elisabethstraße 3/3
2500 Baden

Institut für Computertomographie und Magnetresonanztomographie Gänserndorf GmbH
Dr. Christina Müller-Mang, Dr. Müller Mang Verwaltungs GmbH, Dr. Klemens Ender
Schubertstraße 6a
2230 Gänserndorf

MR-CT Diagnosezentrum Horn
Dr. Breitenseher GmbH
Institutsstandort: Landesklinikum Waldviertel Horn
Spitalgasse 10
3580 Horn

Computertomographie Betriebsgesellschaft m. b. H. & Co KG
Dr. Franz Schneider
Bahnzeile 1
3500 Krems

Ambulatorium für bildgebende Diagnostik,
Dr. J. Hejda und Dr. Th. Mader OG
Hauptstraße 38
2340 Mödling

IBD Institut für bildgebende Diagnostik GmbH & Co KEG
Prim. Dr. Wolfgang Frank, Prim. Dr. Klaus Pflanzer,
Prim. Dr. Günter Rainer, Dr. Hans-Peter Sochor, Dr. Günther Nics
Brodschildstraße 4
2000 Stockerau

Mai 2009

Institut Frühwald / Steiner / Obermayer / Medizinische Diagnostik und Therapie
Univ.-Doz. Dr. Franz Frühwald KG
Kremser Gasse 16a
3100 St. Pölten

Institut für Computertomographie und Magnetresonanztomographie
Dr. Andreas Myskiw – Dr. Rudolf Böck OEG
Bräuhausgasse 3/3
3100 St. Pölten

Institut für bildgebende Diagnostik Waidhofen an der Thaya GmbH
OA Dr. Andreas Gold
Hamernikgasse 3a
3830 Waidhofen/Thaya

Institut für bildgebende Diagnostik GmbH & Co KG
Dr. Gerth Linhart
Plenkerstraße 14
3340 Waidhofen/Ybbs

Univ.-Doz. Dr. Stiglbauer und Univ.-Doz. Dr. Schurawitzki
Ambulatorium für Radiologie, Computertomographie
und moderne Schnittbilddiagnostik GmbH
Ferdinand-Porsche-Ring 10
2700 Wr. Neustadt

Dr. Alexander Rainer - Diagnostik GmbH
Landstraße 55
3910 Zwettl

Ordinationsbedarf

Die angeforderte Menge *des Ordinationsbedarfes* soll in Relation zur Anzahl der betreuten Patientinnen und Patienten stehen. Die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise sind auch bei der Bestellung des Ordinationsbedarfes zu beachten.

Die angeforderten Arzneimittel und Verbandmaterialien sind für die Erstversorgung der Anspruchsberechtigten der § 2-Kassen vorgesehen. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Sonderversicherungsträger eigene Regelungen für die Abgabe des Ordinationsbedarfes haben. Die Anforderung sollte einmal im Quartal erfolgen.

Die Anforderung der Einmalgeräte für den Ordinationsbedarf ist für Anspruchsberechtigte aller Versicherungsträger einmal im Quartal durchzuführen. Einmalgeräte pro Patient/in sollten für ein halbes Jahr bestellt werden.

Der Ordinationsbedarf ist für Akutbehandlungen bestimmt. Die Kasse bietet daher nur bestimmte Produktgruppen an (siehe Beilage 1):

1. Ampullen
2. Infusionen (keine Infusionszusätze)
3. Topische Arzneimittel
4. Hautdesinfektionsmittel
5. Sprays
6. Venenverweilkanülen
7. Einmalkatheter

Der Ordinationsbedarf für Radiologinnen und Radiologen unterliegt einer gesonderten Regelung.

Verbandmaterialien sind mit dem dafür vorgesehenen Bestellschein anzufordern. Die Wundversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt sollte möglichst bis zum Eintreffen des von der Ärztin bzw. vom Arzt für die Patientin bzw. den Patienten bestellten Verbandmaterials aus ihrem bzw. seinem Ordinationsbedarf erfolgen.

Die Formulare für die Anforderung des Ordinationsbedarfes (Einmalgeräte und Verbandmaterial für die Ordination) sowie des Verbandmaterials für Patientinnen und Pa-

tienten und des Diabetesbedarfs wurden einvernehmlich mit der Ärztekammer für NÖ gestaltet (Beilagen 3 bis 6).

Eine Auflistung jener Einmalgeräte und Verbandmaterialien, die für den Ordinationsbedarf, bzw. die Verbandmaterialien, welche pro Patient/in über die Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle angefordert werden können, liegt bei (Beilagen 7 und 8). In der Beilage 9 sind alle Einmalgeräte, Blutzuckermessgeräte und Blutzuckerteststreifen, Stechgeräte, Blutlanzetten und Harnteststreifen angeführt, welche pro Patient/in ebenfalls über die Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle geordert werden können.

Auf einzelne Artikel, die von den Vertragsärztinnen und -ärzten häufig bestellt werden, deren Bezug aber im Rahmen des Ordinationsbedarfes nicht vorgesehen ist, wird hingewiesen:

z. B. Infusionsbesteck
Einmalhandschuhe
Oberflächendesinfektionsmittel für Geräte in Ihrer Ordination
Laborbedarf

Eine gesonderte Liste über Verbandstoffe, die nach Verordnung auf Kassenrezept und Bewilligung seitens der Kasse in der Apotheke bzw. in der Hausapotheke gegen Rezeptgebühr bezogen werden können (Beilage 2), liegt bei. Die Bewilligung dieser Rezepte kann in allen kontrollärztlichen und chefärztlichen Dienststellen erfolgen.

<u>Bestellung:</u>	Ordinationsbedarf:	1 x pro Quartal
	Patientenbedarf:	Verbandstoffe 1 x pro Quartal
		Teststreifen 1 x pro Quartal
		Einmalgeräte halbjährlich

<u>Beilagen</u>

O 1

Beilage 1

Richtlinien für die Anforderung von Ordinationsbedarf - Medikamente

1. Ampullen aus folgenden Indikationsgebieten (Monosubstanzen)

Anaesthetika
Analgetika
Antirheumatika
Psychopharmaka
Antiemetika
Parasympathikolytika
Herztherapeutika
Antiarrhythmika
Natrium chloratum
Kurznarkotika
Spasmolytika
Theophylline
Diuretika
Antihypertonika
Antihistaminika
Antiasthmatika
Hämostyptika
Gynäkologika
wasserlösliche Corticoide
(Schockbekämpfung)
Aqua-bidest.
Sympathikomimetika
Verödungsmittel (Äthoxysklerol)

2. Infusionslösungen

3. Laxantien zur Coloskopievorbereitung

Klean Prep
Fleet Phospho orale Lösung
Moviprep

4. Topische Arzneimittel, wie z. B.

Wund- und Heilsalben
Augensalben und -tropfen
Nasen- und Ohrentropfen
Cortisonsalben und -lösungen
Antihistaminische Salben
Antithrombotische Salben
Magistrale Salben
Wundbenzin
Essigsäure 2 %
Wasserstoffperoxid 3 %
Argentum nitricum bis 5 %
Zugsalben
Glycerin
Kathetergleitmittel
Chloraethylspray
Xylocain-Spray
Hansaplast-Sprühpflaster
Puder
Instillationen
Benoxinat Lsg.
Novain Augentropfen
Lapisstäbchen

5. Hautdesinfektionsmittel

Mai 2009

6. Sprays, wie z. B.

   1 x Nitro-Spray
   1 x Asthma-Spray
   1 x Antihypertensivum in Sprayform

7. Venenverweilkanülen (3 pro Quartal)

8. Einmalkatheter (3 pro Quartal)

Vertragspartnerabrechnung – Gemeinsame Verrechnungsstelle der nö. KV-Träger
3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3 DVR: 0023965

BESTELLSCHEIN FÜR VERBANDMATERIAL - Pro ordinatione **Beilage 3 (Muster)**

Empfänger: _____

Genaue Adresse: _____

Anzahl	A r t i k e l	bew.	Anzahl	A r t i k e l	bew.
	Raucolast à 20 Stk. 4 m x 6 cm			Filmulin/Stepcel-Gazelin Kompressen	
	4 m x 8 cm			steril à 25 Stk. Gr. 1 5,6 x 5,0 cm	
	4 m x 10 cm			Gr. 2 9,0 x 5,0 cm	
	4 m x 12 cm			Gr. 3 11,0 x 7,5 cm	
	Peha Haft 20 m x 6 cm			Gazin-Mullkompr. à 100 Stk. 5,0 x 5,0 cm	
	20 m x 8 cm			7,5 x 7,5 cm	
	20 m x 10 cm			9,0 x 7,5 cm	
	20 m x 12 cm			10,0 x 10,0 cm	
	TG Schlauchverbände à 20 m			12,5 x 10,0 cm	
	- Finger, Zehe 1			18,0 x 8,0 cm	
	- Finger, Zehen 2			Filmulin/Stepcel-Gazelin Kompr. Rollenpkg.	
	- mehrere Finger, Kinderarm 3			1 kg 25 m x 15 cm	
	- Arm, Unterschenkel, Kinderbein 5			Verbandzellstoff 100 g	
	- Arm, Bein (mittel) 6			250 g	
	- Arm groß, Bein, Kinderkopf 7			500 g	
	- Oberschenkel groß, Kopf, Achselhöhle 9			1000 g	
	TG-FIX Netzschlauchverbände à 25 m			Verbandzellstoff in Ballen ungebleicht 15 kg	
	- Fuß, Arm, Hand B			Zellstofftupfer 1000 Tupfer	
	- Knie, Bein, Kinderkopf C			Mulltupfer steril à 100 Stk. 6 x 6 cm	
	- Kopf, Hüfte, Achselhöhle D			8 x 8 cm	
	- Rumpf, Achselhöhle, Hüfte E			10 x 10 cm	
	Krepppapierbinden à 20 Stk. 4 m x 8 cm			12 x 12 cm	
	4 m x 10 cm			Avelinetupfer à 100 Stk. 6 x 6 cm	
	Verbandmull steril (0,2 m²) 80 cm x ¼ m			8 x 8 cm	
	(0,4 m²) 80 cm x ½ m			10 x 10 cm	
	(0,8 m²) 80 cm x 1/1 m			12 x 12 cm	
	Aveline Mull steril (0,2 m²) 80 cm x ¼ m			Verbandwatte - ZW 500 g	
	(0,4 m²) 80 cm x ½ m			Verbandwatte - BW 100 g	
	(0,8 m²) 80 cm x 1/1 m			Cellona/Plastrona Gipsbinden à 10 Stk.	
	Verbandmull in Rollen 5 m x 100 cm			2 m x 6 cm	
	10 m x 100 cm			2 m x 8 cm	
	Metalline Kompr. à 10 Stk. 8 cm x 10 cm			2 m x 10 cm	
	10 cm x 12 cm			2 m x 12 cm	
				2 m x 15 cm	
				2 m x 20 cm	

Anzahl	A r t i k e l	bew.	Anzahl	A r t i k e l	bew.
	Cellona/Plastrona Gipsbinden à 10 Stk.			Tamponadebinden steril 5 m x 2 cm	
	3 m x 8 cm			5 m x 4 cm	
	3 m x 10 cm			5 m x 6 cm	
	3 m x 12 cm			Clauden Gaze Binden	
	3 m x 15 cm			à 1 Stk. 5 m x 1 cm	
	3 m x 20 cm			à 1 Stk. 5 m x 2 cm	
	Cellona Breitlonguetten 5 m x 60 cm			à 1 Stk. 5 m x 5 cm	
	Zinkleimbinden			Opraclean 5 m x 1,0 cm	
	- Varicex-F 5 m x 10 cm			Durapore à 24 Stk. 9,1 m x 12 mm	
	- Varix/Varolast 5 m x 10 cm			à 12 Stk. 9,1 m x 25 mm	
	Leukoplast 5 m x 1,25 cm			Komprex-Binde 2 m x 8 cm x 0,5 cm	
	5 m x 2,50 cm			Komprex-Platte 1 m x 50 cm x 1,0 cm	
	5 m x 5 cm			Augenbinden aus schwarzem Stoff	
	Hansaplast 5 m x 4 cm			Dreiecktücher	
	5 m x 6 cm			Fixomull stretch 10 m x 10 cm	
	Leukopor 5 m x 1,25 cm			10 m x 15 cm	
	5 m x 2,50 cm			10 m x 20 cm	
	Leukosilk 5 m x 1,25 cm			Mefix 10 m x 10 cm	
	5 m x 2,50 cm			10 m x 15 cm	
	Transpore 5 m x 12 mm			10 m x 20 cm	
	5 m x 25 mm			Augenkompressen	
	9,1 m x 12 mm			pro ophta oval dünn à 50 Stk.	
	9,1 m x 25 mm			pro ophta oval à 50 Stk.	
	Jelonet Tupfer à 10 Stk. 10 x 10 cm			Augentropfenzähler à 5 Stk.	
	10 x 40 cm			Augensalbenstäbchen à 10 Stk.	
	Jelonet Tupfer à 36 Stk. 10 x 10 cm				
	Bactigras à 10 Stk. 10 x 10 cm				
	Holzmundspateln aus Hartholz à 100 Stk.				
	Tamponstäbchen aus Weichholz à 100 Stk.				
	kurz (20 cm)				
	lang (40 cm)				
	Lederfingerlinge				
	Vaginaltampons – Gynotamp à 10 Stk.				
	Condomfingerlinge à 100 Stk.				
	Fingerschienen				
	Querschienen zu Fingerschienen				
	Unterarmpolsterschienen				

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	Bewilligung

Bestellschein

für
VERBANDMATERIAL

GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinterbliebene(r)	9		

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Beilage 4 (Muster)

Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer
Patient(in)		Tag Monat Jahr
Anschrift		
Versicherte(r) (Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)		Tag Monat Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)		

Diagnose und Begründung

Bestellung an: Vertragspartnerabrechnung – Gemeinsame Verrechnungsstelle der nö. KV-Träger
3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3 DVR: 0023965

Anzahl	Artikel			bewilligt
	Filmulin/Stepcel-Gazelin Kompressen Rollenpackung 1 kg		25 m x 15 cm	
	Filmulin/Stepcel-Gazelin Kompressen steril à 25 Stk.	Gr. 1	5,6 x 5 cm	
		Gr. 2	9 x 5 cm	
		Gr. 3	11 x 7,5 cm	
	Filmulin/Stepcel-Gazelin Kompressen unsteril à 100 Stk.	Gr. 1	5,6 x 5 cm	
		Gr. 2	9 x 5 cm	
		Gr. 3	11 x 7,5 cm	
		Gr. 5	15 x 13 cm	
	Gazin Mullkompressen unsteril à 100 Stk. (16-fach)		5 x 5 cm	
			7,5 x 7,5 cm	
			9 x 7,5 cm	
			10 x 10 cm	
			12,5 x 10 cm	
			18 x 8 cm	
	Gazin Mullkompressen steril zu 2 Stk. (16-fach)	zu 30 Pkg.	5 x 5 cm	
		zu 30 Pkg.	7,5 x 7,5 cm	
		zu 25 Pkg.	9 x 7,5 cm	
		zu 30 Pkg.	10 x 10 cm	
		zu 30 Pkg.	12,5 x 10 cm	
		zu 50 Pkg.	18 x 8 cm	
	Vlieskompressen unsteril à 100 Stk.		5 x 5 cm	
			7,5 x 7,5 cm	
			10 x 10 cm	
			10 x 20 cm	
	Alutex Kompressen steril à 10 Stk.		5 x 9 cm	
			10 x 9 cm	
			15 x 9 cm	

Anzahl	Artikel			bewilligt
	Mulltupfer steril à 100 Stk.		6 x 6 cm	
	Verbandmull in Rollen		10 m x 100 cm	
	Verbandmull steril	(0,2 m²)	80 cm x ¼ m	
		(0,4 m²)	80 cm x ½ m	
		(0,8 m²)	80 cm x 1/1 m	
	Aveline Mull steril	(0,2 m²)	80 cm x ¼ m	
		(0,4 m²)	80 cm x ½ m	
		(0,8 m²)	80 cm x 1/1 m	
	Fixomull stretch/Mefix		10 m x 10 cm	
			10 m x 15 cm	
			10 m x 20 cm	
	Raucolast à 20 Stk.		4 m x 6 cm	
			4 m x 8 cm	
			4 m x 10 cm	
			4 m x 12 cm	
	Verbandzellstoff		1000 g	
	Leukoplast		5 m x 1,25 cm	
			5 m x 2,50 cm	
	Leukopor		5 m x 1,25 cm	
			5 m x 2,50 cm	
	Leukosilk		5 m x 1,25 cm	
			5 m x 2,50 cm	
	Jelonet Tupfer Briefe à 10 Stk.		10 x 10 cm	
			10 x 40 cm	

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	Bewilligung

O 1

Beilage 7

"Pro Ordinatione"-Bedarf

Spritzen und Nadeln für den Ordinationsbedarf
für Anspruchsberechtigte der § 2-Kassen und der Sonderversicherungsträger

A r t i k e l		
Einmalspritzen HSW zu 100 Stk.		2 ml 5 ml 10 ml 20 ml
Einmalnadeln HSW zu 100 Stk.	Nr. 1 Nr. 2 Nr. 12 Nr. 14 Nr. 16 Nr. 18 Nr. 20	0,90 x 40 mm 0,80 x 40 mm 0,70 x 30 mm 0,60 x 30 mm 0,60 x 25 mm 0,45 x 25 mm 0,40 x 20 mm
Einmal(Serum-)nadeln HSW zu 100 Stk.		1,20 x 40 mm 0,70 x 50 mm 0,80 x 50 mm 0,90 x 50 mm 1,10 x 50 mm 1,20 x 50 mm 0,80 x 80 mm 1,00 x 100 mm
Biopsienadeln	*Baxter-Tru-Cut* *Bip* *Bip Crown Core* *ACN 1816* *ACN 1820* *Pro Cut*	
Tuberkulinspritzen zu 100 Stk.		1 ml

Mai 2009

Verbandmaterial für den Ordinationsbedarf

für Anspruchsberechtigte der § 2-Kassen

A r t i k e l		
Augenbinden aus schwarzem Stoff		
Augenkompressen pro ophta oval pro ophta oval dünn	zu 50 Stk. zu 50 Stk.	
Augensalbenstäbchen zu 10 Stk.		
Augentropfenzähler zu 5 Stk.		
Aveline Mull steril		1/4 m (0,2 m²) 1/2 m (0,4 m²) 1/1 m (0,8 m²)
Aveline Tupfer zu 100 Stk.		6 x 6 cm 8 x 8 cm 10 x 10 cm 12 x 12 cm
Bactigras	*zu 50 Stk.* zu 10 Stk.	*5 x 5 cm* 10 x 10 cm
Cellona Breitlonguetten		5 m x 60 cm
Cellona Gipsbinden zu 10 Stk.		2 m x 6 cm 2 m x 8 cm 2 m x 10 cm 2 m x 12 cm 2 m x 15 cm 2 m x 20 cm 3 m x 8 cm 3 m x 10 cm 3 m x 12 cm 3 m x 15 cm 3 m x 20 cm

Mai 2009

O 1

Artikel		
Cellona Synthetik Watte	*zu 1 Stk.*	3 m x 4 cm
	zu 6 Stk.	3 m x 6 cm
	zu 4 Stk.	3 m x 10 cm
	zu 1 Stk.	3 m x 15 cm
	zu 1 Stk.	3 m x 20 cm
Clauden Gaze-Binden zu 1 Stk.		*5 m x 1 cm*
		5 m x 2 cm
		5 m x 5 cm
Clauden Tupfer zu 25 Stk.		2 x 2 cm
Condomfingerlinge zu 100 Stk.		
Cytobrush zu 100 Stk.		
Cytospateln Szalay zu 100 Stk.		*Gr. 1*
		Gr. 2
Dreiecktuch weiß		
schwarz		
Durapore zu 24 Stk.		9,1 m x 12 mm
zu 12 Stk.		9,1 m x 25 mm
Filmulin Kompressen steril zu 25 Stk.	Gr. 1	5,6 x 5,0 cm
	Gr. 2	9,0 x 5,0 cm
	Gr. 3	11,0 x 7,5 cm
Filmulin Kompressen Rollenpackung 1 kg		25 m x 15 cm
Fingerpolsterschienen Dr. Jecel		
Fingerschienen Böhler		2 x 30 cm
Fingerschienen Böhler für Kinder		2 x 20 cm
Fixomull stretch		10 m x 5 cm
		10 m x 10 cm
		10 m x 15 cm
		10 m x 20 cm

A r t i k e l	
Gazin Mullkompressen unsteril zu 100 Stk. 16-fach	5,0 x 5,0 cm 7,5 x 7,5 cm 9,0 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm 12,5 x 10,0 cm 18,0 x 8,0 cm
Hansaplast	1 m x 6 cm 5 m x 4 cm 5 m x 6 cm
Hansaplast soft	5 m x 4 cm 5 m x 6 cm 5 m x 8 cm
Holzmundspateln zu 100 Stk.	
Jelonet Tupfer Briefe zu 10 Stk. Briefe zu 10 Stk. Dose zu 36 Stk.	10 x 10 cm 10 x 40 cm 10 x 10 cm
Komprex-Binde	2 m x 8 cm x 0,5 cm
Komprex-Platte	1 m x 50 cm x 1,0 cm
Krepppapierbinden zu 20 Stk.	4 m x 8 cm 4 m x 10 cm
Lederfingerlinge	
Leukoplast	5 m x 1,25 cm 5 m x 2,50 cm 5 m x 5,00 cm
Leukopor	5 m x 1,25 cm 5 m x 2,50 cm
Leukosilk	5 m x 1,25 cm 5 m x 2,50 cm

Artikel		
Lomatüll	*zu 10 Stk.*	*5 x 5 cm*
	zu 10 Stk.	*10 x 10 cm*
	zu 50 Stk.	*10 x 10 cm*
	zu 10 Stk.	*10 x 20 cm*
	zu 10 Stk.	*10 x 30 cm*
Mefix		10 m x 5 cm
		10 m x 10 cm
		10 m x 15 cm
		10 m x 20 cm
Mepore		5 m x 4 cm
		5 m x 7 cm
Metalline Kompressen zu 10 Stk.		8 x 10 cm
		10 x 12 cm
Mollelast haft		20 m x 6 cm
		20 m x 8 cm
		20 m x 10 cm
		20 m x 12 cm
Mulltupfer steril zu 100 Stk.		6 x 6 cm
		8 x 8 cm
		10 x 10 cm
		12 x 12 cm
Opraclean Mullbinden zum Tamponieren mit Jodoform		5 m x 1 cm
		5 m x 2 cm
		5 m x 5 cm
Pehahaft		20 m x 6 cm
		20 m x 8 cm
		20 m x 10 cm
		20 m x 12 cm

A r t i k e l		
Plastrona Gipsbinden zu 10 Stk.		2 m x 6 cm 2 m x 8 cm 2 m x 10 cm 2 m x 12 cm 2 m x 15 cm 2 m x 20 cm 3 m x 8 cm 3 m x 10 cm 3 m x 12 cm 3 m x 15 cm 3 m x 20 cm
Pur Zellin Zellstofftupfer zu 1000 Tupfer		
Querverbindung zur Fingerschiene Dr. Jecel		
Raucolast zu 20 Stk.		4 m x 6 cm 4 m x 8 cm 4 m x 10 cm 4 m x 12 cm
Stepcel/Gazelin Kompressen steril zu 25 Stk.	Gr. 1 Gr. 2 Gr. 3	5,6 x 5,0 cm 9,0 x 5,0 cm 11,0 x 7,5 cm
Stepcel/Gazelin Kompr. Rollenpkg. 1 kg		25 m x 15 cm
Stieltupfer unsteril zu 100 Stk. zu 50 Stk.		kl. Wattekopf gr. Wattekopf
Tamponadebinden steril		5 m x 1 cm 5 m x 2 cm 5 m x 4 cm 5 m x 6 cm
Tamponstäbchen aus Hartholz zu 100 Stk.		*3 mm 40 cm*

Artikel	
TG-Schlauchverband zu 20 m	1 2 3 5 6 7 9
TG-FIX Netzverband zu 25 m	A B C D E
Transpore	5,0 m x 12 mm 5,0 m x 25 mm 9,1 m x 12 mm 9,1 m x 25 mm
Unterarmpolsterschiene Dr. Jecel	
Vaginaltampons – Gynotamp zu 10 Stk.	Gr. 15 Gr. 25 Gr. 40
Varicex-F Zinkleimbinden	5 m x 10 cm 10 m x 10 cm
Varicex-S Zinkleimbinden	*5 m x 10 cm* *7 m x 10 cm* *10 m x 10 cm*
Varix Zinkleimbinden	5 m x 10 cm 7 m x 10 cm 10 m x 10 cm
Varolast Zinkleimbinden	5 m x 10 cm 7 m x 10 cm 10 m x 10 cm

A r t i k e l	
Verbandmull steril	1/4 m (0,2 m²) 1/2 m (0,4 m²) 1/1 m (0,8 m²) 5/1 m (4,0 m²)
Verbandmull in Rollen	5 m x 100 cm 10 m x 100 cm
Verbandwatte BW	100 g
Verbandwatte ZW	500 g
Verbandzellstoff	100 g 250 g 500 g 1000 g
Verbandzellstoff in Ballen ungebleicht	15 kg
Wattebandagen Ortisan zu 40 Stk. zu 30 Stk. zu 25 Stk.	4 m x 10 cm 4 m x 12 cm 4 m x 15 cm
Zellstofftupfer zu 1000 Tupfer	
Zemuko Kompressen in Rollen	10 m x 10 cm 10 m x 15 cm

O 1

Beilage 8

Verbandmaterial für den Patientenbedarf

für Anspruchsberechtigte der Gebiets- und Betriebskrankenkassen

A r t i k e l		
Acticoat	zu 5 Stk.	5 x 5 cm
	zu 5 Stk.	10 x 10 cm
	zu 6 Stk.	20 x 40 cm
Acticoat absorbent	zu 5 Stk.	5 x 5 cm
		10 x 12,5 cm
Actisorb Silver 220 zu 10 Stk.		9,5 x 6,5 cm
		10,5 x 10,5 cm
		10,5 x 19,5 cm
Alione selbsthaftend zu 10 Stk.		10 x 10 cm
		12 x 20 cm
		15 x 15 cm
		20 x 20 cm
Alione nicht-haftend zu 10 Stk.		10 x 10 cm
		12 x 20 cm
		15 x 15 cm
		20 x 20 cm
Allevyn non adhesive steril zu 10 Stk.		5 x 5 cm
		10 x 10 cm
		10 x 20 cm
		20 x 20 cm
Allevyn adhesive steril zu 10 Stk.		7,5 x 7,5 cm
		12,5 x 12,5 cm
		12,5 x 22,5 cm
		17,5 x 17,5 cm
		22,5 x 22,5 cm
Allevyn adhesive plus steril zu 10 Stk.		12,5 x 12,5 cm
		12,5 x 22,5 cm
		17,5 x 17,5 cm

Mai 2009

A r t i k e l		
Allevyn compression steril	zu 10 Stk.	5 x 6 cm
	zu 5 Stk.	10 x 10 cm
	zu 3 Stk.	15 x 20 cm
Allevyn heel zu 5 Stk.		10,5 x 13,5 cm
Allevyn sacrum zu 10 Stk.		17 x 17 cm
		22 x 22 cm
Allevyn sacrum plus zu 10 Stk.		17 x 17 cm
		22 x 22 cm
Alutex Kompressen steril zu 10 Stk.		5 x 9 cm
		10 x 9 cm
		15 x 9 cm
Alutex Tracheo- u. Drainkompressen		6 x 7 cm
		8 x 9 cm
Aquacel-Ag+	zu 10 Stk.	5 x 5 cm
	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	15 x 15 cm
Aquacel Kompressen	zu 10 Stk.	5 x 10 cm
	zu 10 Stk.	10 x 12 cm
	zu 5 Stk.	13,5 x 15 cm
Askina Biofilm transparent	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	20 x 20 cm
Askina Derm Folienverband zu 10 Stk.		10 x 12 cm
Askina Hydro	zu 5 Stk.	10 x 10 cm
	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	15 x 15 cm
	zu 5 Stk.	20 x 20 cm
Askina Touch	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	15 x 15 cm
	zu 5 Stk.	20 x 20 cm

Artikel		
Askina Transorbent	zu 10 Stk.	5 x 7 cm
	zu 5 Stk.	10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	15 x 15 cm
	zu 5 Stk.	20 x 20 cm
Askina Transorbent border zu 5 Stk.	* 5 x 10 cm	9 x 14 cm
	* 10 x 10 cm	14 x 14 cm
	* 13 x 13 cm	17 x 17 cm
* Wundauflage	* 20 x 20 cm	24 x 24 cm
Askina Transorbent sacrum zu 5 Stk.		18 x 20 cm
Atrauman Ag	zu 3 Stk.	5 x 5 cm
	zu 10 Stk.	5 x 5 cm
	zu 3 Stk.	10 x 10 cm
	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 3 Stk.	10 x 20 cm
	zu 10 Stk.	10 x 20 cm
Avance non adhesive zu 10 Stk.		10 x 10 cm
		20 x 15 cm
Aveline Mull steril		1/4 m (0,2 m²) 1/2 m (0,4 m²) 1/1 m (0,8 m²)
Aveline Tupfer zu 100 Stk.		6 x 6 cm
		8 x 8 cm
		10 x 10 cm
		12 x 12 cm
Bactigras	*zu 50 Stk.*	*5 x 5 cm*
	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
Biatain Schaumverband nicht haftend	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	15 x 15 cm
Biatain Schaumverband sacrum zu 5 Stk.		17 x 17 cm
		22 x 23 cm

A r t i k e l			
Biatain Schaumverband soft hold zu 5 Stk.			10 x 10 cm
			10 x 20 cm
			15 x 15 cm
Biatain-Ag Schaumverband nicht haftend zu 5 Stk.			*10 x 10 cm*
			10 x 20 cm
			15 x 15 cm
			20 x 20 cm
Biatain-Ag Schaumverband selbsthaftend zu 5 Stk.			*12,5 x 12,5 cm*
			18,0 x 18,0 cm
Carboflex	zu 10 Stk.		10 x 10 cm
	zu 5 Stk.		8 x 15 cm
	zu 5 Stk.		15 x 20 cm
CombiDERM	zu 10 Stk.	5,0 x 5,0	* 10 x 10 cm
	zu 10 Stk.	7,4 x 7,4	* 14 x 14 cm
	zu 5 Stk.	8,2 x 10,8	* 15 x 18 cm
	zu 5 Stk.	12,7 x 12,7	* 20 x 20 cm
* Aussengröße	zu 5 Stk.	12,7 x 15,0	* 20 x 23 cm
CombiDERM N zu 10 Stk.			7,5 x 7,5 cm
			14,0 x 14,0 cm
Comfeel flexibler Wundverband	zu 16 Stk.		10 x 10 cm
	zu 8 Stk.		15 x 15 cm
	zu 8 Stk.		20 x 20 cm
Comfeel transparenter Wundverband	zu 10 Stk.		5 x 7 cm
	zu 10 Stk.		9 x 14 cm
	zu 5 Stk.		15 x 20 cm
	zu 5 Stk.		9 x 25 cm
Cutinova hydro	zu 10 Stk.		5 x 6 cm
	zu 5 Stk.		10 x 10 cm
	zu 3 Stk.		15 x 20 cm
Filmulin Kompressen steril zu 25 Stk.	Gr. 1		5,6 x 5,0 cm
	Gr. 2		9,0 x 5,0 cm
	Gr. 3		11,0 x 7,5 cm

Artikel		
Filmulin Kompressen unsteril zu 100 Stk.	Gr. 1	5,6 x 5,0 cm
	Gr. 2	9,0 x 5,0 cm
	Gr. 3	11,0 x 7,5 cm
	Gr. 5	15,0 x 13,0 cm
Filmulin Kompressen Rollenpackung 1 kg		25 m x 15 cm
Fixomull stretch		10 m x 5 cm
		10 m x 10 cm
		10 m x 15 cm
		10 m x 20 cm
Gazin Mullkompressen steril	zu 30 Pkg.	5,0 x 5,0 cm
16-fach zu 2 Stk.	zu 30 Pkg.	7,5 x 7,5 cm
	zu 25 Pkg.	9,0 x 7,5 cm
	zu 30 Pkg.	10,0 x 10,0 cm
	zu 30 Pkg.	12,5 x 10,0 cm
	zu 50 Pkg.	18,0 x 8,0 cm
Gazin Mullkompressen steril	zu 50 Pkg.	5,0 x 5,0 cm
16-fach zu 5 Stk.	zu 20 Pkg.	7,5 x 7,5 cm
	zu 30 Pkg.	9,0 x 7,5 cm
	zu 20 Pkg.	10,0 x 10,0 cm
	zu 15 Pkg.	12,5 x 10,0 cm
	zu 25 Pkg.	18,0 x 8,0 cm
Gazin Mullkompressen steril	zu 50 Pkg.	5,0 x 5,0 cm
8-fach zu 2 Stk.	zu 50 Pkg.	7,5 x 7,5 cm
	zu 25 Pkg.	9,0 x 7,5 cm
	zu 50 Pkg.	10,0 x 10,0 cm
Gazin Mullkompressen unsteril		5,0 x 5,0 cm
16-fach zu 100 Stk.		7,5 x 7,5 cm
		9,0 x 7,5 cm
		10,0 x 10,0 cm
		12,5 x 10,0 cm
		18,0 x 8,0 cm

A r t i k e l			
Gazin Mullkompressen unsteril 8-fach zu 100 Stk.			5,0 x 5,0 cm 7,5 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm 18,0 x 8,0 cm
Gazin Schlitzkompressen zu 2 Stk.	zu 50 Pkg. zu 50 Pkg.		7,5 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm
Gazin Tupfer (Kugeltupfer) steril	zu 4 Stk. zu 30 Pkg. zu 5 Stk. zu 25 Pkg.	pflaumengroß pflaumengroß	Gr. 3 Gr. 3
Gazin Tupfer (Kugeltupfer) unsteril zu 100 Stk.		walnussgroß pflaumengroß eigroß	Gr. 2 Gr. 3 Gr. 4
Hydrocoll Wundverband	zu 10 Stk. zu 10 Stk. zu 5 Stk. zu 5 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm 15,0 x 15,0 cm 20,0 x 20,0 cm
Hydrocoll thin Wundverband	zu 10 Stk. zu 10 Stk. zu 5 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm 15,0 x 15,0 cm
Hydrofilm	zu 10 Stk. zu 100 Stk. zu 10 Stk. zu 50 Stk. *zu 10 Stk.* *zu 50 Stk.* zu 25 Stk. *zu 10 Stk.*		6 x 7 cm 6 x 7 cm 10 x 15 cm 10 x 15 cm *15 x 20 cm* *15 x 20 cm* 12 x 25 cm *20 x 30 cm*
Hydrosorb Wundverband	zu 5 Stk. zu 5 Stk. zu 3 Stk.		5,0 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm 20,0 x 20,0 cm

Artikel		
Hydrosorb comfort Wundverband	zu 5 Stk.	4,5 x 6,5 cm
	zu 5 Stk.	7,5 x 10,0 cm
	zu 5 Stk.	12,5 x 12,5 cm
	zu 3 Stk.	21,5 x 24,0 cm
Inadine	zu 25 Stk.	5,0 x 5,0 cm
	zu 10 Stk.	9,5 x 9,5 cm
Jelonet Strips		7 m x 10 cm
Jelonet Tupfer	Briefe zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	Briefe zu 10 Stk.	10 x 40 cm
	Dose zu 36 Stk.	10 x 10 cm
Kaltostat zu 10 Stk.		5,0 x 5,0 cm
		7,5 x 12,0 cm
		10,0 x 20,0 cm
Leukoplast		5 m x 1,25 cm
		5 m x 2,50 cm
		5 m x 5,00 cm
Leukopor		5 m x 1,25 cm
		5 m x 2,50 cm
Leukosilk		5 m x 1,25 cm
		5 m x 2,50 cm
Ligasano-Kompressen keimarm	zu 10 Stk.	10 x 15 x 1 cm
	zu 10 Stk.	24 x 16 x 1 cm
Ligasano-Kompressen steril	zu 10 Stk.	10 x 15 x 1 cm
	zu 10 Stk.	24 x 16 x 1 cm
Lomatüll	*zu 10 Stk.*	*5 x 5 cm*
	zu 10 Stk.	*10 x 10 cm*
	zu 50 Stk.	*10 x 10 cm*
	zu 10 Stk.	*10 x 20 cm*
	zu 10 Stk.	*10 x 30 cm*

A r t i k e l		
Lyofoam	zu 10 Stk.	7,5 x 7,5 cm
	zu 10 Stk.	10,0 x 10,0 cm
	zu 10 Stk.	17,5 x 10,0 cm
	zu 10 Stk.	20,0 x 15,0 cm
Lyofoam Tracheostomie zu 10 Stk.		9,0 x 6,5 cm
Mefix		10 m x 5 cm
		10 m x 10 cm
		10 m x 15 cm
		10 m x 20 cm
Mepilex zu 5 Stk.		10 x 10 cm
		10 x 20 cm
		15 x 15 cm
		20 x 20 cm
Mepilex border zu 5 Stk.		7,5 x 7,5 cm
		10 x 10 cm
		10 x 20 cm
		10 x 30 cm
		15 x 15 cm
		15 x 20 cm
Mepilex lite zu 5 Stk.		6 x 8,5 cm
		10 x 10 cm
		15 x 15 cm
Mesoft Vlieskompressen steril	zu 75 Pkg. zu 2 Stk.	5,0 x 5,0 cm
	zu 75 Pkg. zu 2 Stk.	7,5 x 7,5 cm
	zu 75 Pkg. zu 2 Stk.	10,0 x 10,0 cm
	zu 60 Pkg. zu 2 Stk.	10,0 x 20,0 cm
Mesoft Vlieskompressen unsteril zu 100 Stk.		5,0 x 5,0 cm
		7,5 x 7,5 cm
		10,0 x 10,0 cm
		10,0 x 20,0 cm
Metalline Kompressen zu 10 Stk.		8 x 10 cm
		10 x 12 cm

Artikel			
Metalline - Drain Kompressen zu 50 Stk.			6 x 7 cm
- Tracheo Kompressen zu 50 Stk.			8 x 9 cm
Micropore			5 m x 12 mm
			5 m x 25 mm
Mulltupfer steril zu 100 Stk.			6 x 6 cm
			8 x 8 cm
			10 x 10 cm
			12 x 12 cm
Op-Site Flexifix unsteril Rollenpkg.			10 m x 10 cm
Op-Site Flexigrid Wundauflage	zu 100 Stk.		6 x 7 cm
	zu 10 Stk.		10 x 12 cm
	zu 20 Stk.		12 x 25 cm
	zu 10 Stk.		15 x 20 cm
Permafoam PU-Schaumverband	zu 10 Stk.		10 x 10 cm
	zu 5 Stk.		10 x 20 cm
	zu 5 Stk.		15 x 15 cm
	zu 3 Stk.		20 x 20 cm
Permafoam comfort PU-Schaumverband	zu 10 Stk.	6 x 6 cm	* 11 x 11 cm
	zu 5 Stk.	5 x 14 cm	* 10 x 20 cm
	zu 5 Stk.	10 x 10 cm	* 15 x 15 cm
* Aussengröße	zu 3 Stk.	14 x 14 cm	* 20 x 20 cm
Permafoam comfort bordered	zu 10 Stk.		8 x 8 cm
Permafoam concave	zu 3 Stk.		16,5 x 18 cm
Permafoam sacral	zu 3 Stk.		18 x 18 cm
	zu 3 Stk.		22 x 22 cm
Permafoam tracheostomy	zu 10 Stk.		8 x 8 cm
Promogran zu 10 Stk.			28 cm²
			123 cm²
Promogran Prisma zu 10 Stk.			28 cm²
			123 cm²

A r t i k e l		
Pur Zellin Zellstofftupfer zu 1000 Tupfer		
Raucolast zu 20 Stk.		4 m x 6 cm 4 m x 8 cm 4 m x 10 cm 4 m x 12 cm
Restore Incare Wundverband	zu 5 Stk. zu 3 Stk.	10 x 10 cm 20 x 20 cm
Silvercel	zu 10 Stk. zu 10 Stk. zu 5 Stk.	5 x 5 cm 11 x 11 cm 10 x 20 cm
Solvaline N-Kompressen steril	zu 100 Stk. zu 100 Stk. zu 50 Stk. zu 25 Stk.	5 x 5 cm 10 x 10 cm 10 x 20 cm 20 x 30 cm
Sorbalgon Kompressen	zu 10 Stk. zu 10 Stk. zu 5 Stk.	5 x 5 cm 10 x 10 cm 10 x 20 cm
Sorbion plus zu 25 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10 x 10 cm 20 x 10 cm 20 x 20 cm
Sorbion plus zu 50 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10 x 10 cm 20 x 10 cm 20 x 20 cm
Sorbion sachet S plus zu 10 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10 x 10 cm 20 x 10 cm 20 x 20 cm

Artikel		
Sorbion sachet S plus zu 25 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10 x 10 cm 20 x 10 cm 20 x 20 cm
Sorbion sachet S plus zu 50 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10 x 10 cm 20 x 10 cm 20 x 20 cm
Sorbion sachet S zu 25 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm 10,0 x 18,0 cm 20,0 x 20,0 cm
Sorbion sachet S Drainage zu 25 Stk.		10 x 10 cm
Stepcel/Gazelin Kompressen steril zu 25 Stk.	Gr. 1 Gr. 2 Gr. 3	5,6 x 5,0 cm 9,0 x 5,0 cm 11,0 x 7,5 cm
Stepcel/Gazelin Kompressen unsteril zu 100 Stk.	Gr. 1 Gr. 2 Gr. 3 Gr. 5	5,6 x 5,0 cm 9,0 x 5,0 cm 11,0 x 7,5 cm 15,0 x 13,0 cm
Stepcel/Gazelin Kompr. Rollenpkg. 1 kg		25 m x 15 cm
Stieltupfer steril zu 2 Stk.	zu 100 Pkg. zu 50 Pkg.	K 2 G 2
Stieltupfer unsteril	zu 100 Stk. zu 50 Stk.	kl. Wattekopf gr. Wattekopf
Suprasorb A Calciumalginat-Kompressen zu 10 Stk.		5 x 5 cm 10 x 10 cm
Suprasorb A+Ag	zu 10 Stk. zu 10 Stk. zu 5 Stk.	5 x 5 cm 10 x 10 cm 10 x 20 cm

A r t i k e l		
Suprasorb C Kollagen zu 5 Stk.		4 x 6 x 0,8 cm 6 x 8 x 0,8 cm 8 x 12 x 0,8 cm
Suprasorb F Folienwundverband steril	zu 10 Stk.	5 x 7 cm
	zu 100 Stk.	5 x 7 cm
	zu 10 Stk.	10 x 12 cm
	zu 50 Stk.	10 x 12 cm
	zu 10 Stk.	10 x 25 cm
	zu 10 Stk.	15 x 20 cm
	zu 10 Stk.	20 x 30 cm
Suprasorb F Folienwundverband unsteril Rollenpkg.		10 m x 10 cm
Suprasorb G Gel-Kompressen steril	zu 5 Stk.	5,0 x 7,5 cm
	zu 5 Stk.	10,0 x 10,0 cm
	zu 3 Stk.	20,0 x 20,0 cm
Suprasorb H Standard Wundverband steril	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	15 x 15 cm
	zu 5 Stk.	20 x 20 cm
Suprasorb H Wundverband dünn steril	zu 10 Stk.	5 x 10 cm
	zu 10 Stk.	5 x 20 cm
	zu 10 Stk.	10 x 10 cm
	zu 5 Stk.	15 x 15 cm
	zu 5 Stk.	20 x 20 cm
Suprasorb H Wundverband border steril zu 5 Stk.		14 x 14 cm
Suprasorb H Wundverband sacrum steril zu 5 Stk.		14 x 16 cm
Suprasorb M Wundverband steril zu 5 Stk.		10 x 10 cm 10 x 20 cm 20 x 20 cm
Suprasorb P PU-Schaumverband steril	zu 10 Stk.	7,5 x 7,5 cm
	zu 10 Stk.	10,0 x 10,0 cm
	zu 5 Stk.	15,0 x 15,0 cm
	zu 5 Stk.	15,0 x 20,0 cm

Artikel			
Suprasorb P nicht klebend steril	zu 10 Stk.	7,5 x 7,5 cm	
	zu 10 Stk.	10,0 x 10,0 cm	
	zu 5 Stk.	15,0 x 15,0 cm	
	zu 5 Stk.	15,0 x 20,0 cm	
Suprasorb X zu 5 Stk.		5 x 5 cm	
		9 x 9 cm	
		14 x 20 cm	
Suprasorb X+PHMB zu 5 Stk.		5 x 5 cm	
		9 x 9 cm	
		14 x 20 cm	
Tamponadebinden steril		5 m x 1 cm	
		5 m x 2 cm	
		5 m x 4 cm	
		5 m x 6 cm	
Tegaderm Alginat	zu 10 Stk.	5 x 5 cm	
	zu 10 Stk.	10 x 10 cm	
	zu 5 Stk.	10 x 20 cm	
Tegaderm *Transparentverband*	zu 10 Stk.	6 x 7 cm	
	zu 100 Stk.	6 x 7 cm	
	zu 10 Stk.	10 x 12 cm	
	zu 50 Stk.	10 x 12 cm	
	zu 20 Stk.	10 x 25 cm	
	zu 10 Stk.	15 x 20 cm	
	zu 10 Stk.	20 x 30 cm	
Tegaderm Foam	zu 10 Stk.	10 x 10 cm	
	zu 5 Stk.	10 x 20 cm	
	zu 5 Stk.	20 x 20 cm	
Tegaderm Foam adhesive	zu 5 Stk.	7,62 x 7,62 cm	* 14,0 x 14,0 cm
	zu 10 Stk.	10,00 x 10,00 cm	* 14,3 x 14,3 cm
	zu 5 Stk.	10,00 x 11,00 cm	* 14,3 x 15,6 cm
*Aussengröße	zu 5 Stk.	14,00 x 17,10 cm	* 19,0 x 22,2 cm

Artikel		
Tegaderm Hydocolloid	zu 5 Stk.	10 x 10 cm
	zu 3 Stk.	15 x 15 cm
	zu 5 Stk.	7 x 9 cm
	zu 5 Stk.	10 x 12 cm
	zu 3 Stk.	14 x 17 cm
Tegaderm Hydrocolloid sacral	zu 6 Stk.	13,9 x 17 cm
Tegaderm Hydrocolloid thin	zu 5 Stk.	10 x 10 cm
	zu 10 Stk.	7 x 9 cm
	zu 10 Stk.	10 x 12 cm
	zu 6 Stk.	14 x 17 cm
Tegaderm on Roll		10 m x 10 cm
TENDER WET 24 active zu 8 Stk.		4,0 cm
		5,5 cm
		4,0 x 7,0 cm
		7,5 x 7,5 cm
		10,0 x 10,0 cm
TENDER WET active cavity zu 8 Stk.		4,0 cm
		5,5 cm
		4,0 x 7,0 cm
		7,5 x 7,5 cm
TENDER WET 24 zu 12 Stk.		4,0 cm
		5,5 cm
		7,5 x 7,5 cm
TENDER WET Solution zu 20 Stk.		15 ml
TG-Schlauchverband zu 20 m		1
		2
		3
		5
		6
		7
		9

Artikel		
Topper Schlitzkompressen steril zu 50 Pkg. zu 2 Stk.		7,5 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm
Topper 12 Kompressen steril zu 2 Stk.	zu 45 Pkg. zu 40 Pkg. zu 70 Pkg. zu 35 Pkg.	5,0 x 5,0 cm 7,5 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm 10,0 x 20,0 cm
Transpore		5,0 m x 12 mm 5,0 m x 25 mm 9,1 m x 12 mm 9,1 m x 25 mm
Varihesive E Wundverband steril	zu 10 Stk. zu 5 Stk. zu 3 Stk. zu 3 Stk.	10 x 10 cm 15 x 15 cm 20 x 20 cm 20 x 30 cm
Varihesive Wundverband extra dünn steril	zu 5 Stk. zu 5 Stk. zu 5 Stk. zu 10 Stk. zu 10 Stk.	7,5 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm 15,0 x 15,0 cm 5,0 x 10,0 cm 5,0 x 20,0 cm
Varihesive Wundverband E Border steril zu 5 Stk.		6 x 6 cm 10 x 10 cm 10 x 13 cm 15 x 15 cm 15 x 18 cm
Verbandmull steril		1/4 m (0,2 m²) 1/2 m (0,4 m²) 1/1 m (0,8 m²) 5/1 m (4,0 m²)
Verbandmull in Rollen		5 m x 100 cm 10 m x 100 cm
Verbandwatte BW		100 g

A r t i k e l		
Verbandwatte ZW		500 g
Verbandzellstoff		100 g 250 g 500 g 1000 g
Vliwaktiv Ag Saugkompresse zu 10 Stk.		10 x 10 cm 10 x 20 cm 20 x 20 cm
Vliwaktiv Ag Tamponade zu 10 Stk.		6,5 x 10 cm 10 x 10 cm 10 x 15 cm
Vliwasoft Schlitzkompressen steril zu 2 Stk.	zu 50 Pkg. zu 50 Pkg.	7,5 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm
Vliwasoft Vlieskompressen steril zu 75 Pkg. zu 2 Stk.		5,0 x 5,0 cm 7,5 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm 10,0 x 20,0 cm
Vliwasoft Vlieskompressen unsteril zu 100 Stk.		5,0 x 5,0 cm 7,5 x 7,5 cm 10,0 x 10,0 cm 10,0 x 20,0 cm
Vliwasorb zu 10 Stk.		*10 x 10 cm* *10 x 20 cm* *20 x 20 cm*
Vliwazell Saugkompressen steril	zu *60* Stk. zu *30* Stk. zu *30* Stk. zu *30* Stk.	10 x 10 cm 10 x 20 cm 20 x 20 cm 20 x 40 cm
Vliwazell Saugkompressen unsteril	zu *25* Stk.	10 x 10 cm 10 x 20 cm 20 x 20 cm 20 x 40 cm

Artikel		
Vliwin Universalkompressen steril	zu 25 Stk.	10 x 10 cm
	zu 25 Stk.	10 x 20 cm
	zu 15 Stk.	15 x 25 cm
	zu 25 Stk.	20 x 20 cm
	zu 12 Stk.	20 x 40 cm
Vliwin Universalkompressen unsteril	zu 100 Stk.	10 x 10 cm
	zu 100 Stk.	10 x 20 cm
	zu 100 Stk.	15 x 25 cm
	zu 100 Stk.	20 x 20 cm
	zu 50 Stk.	20 x 40 cm
Zellstofftupfer zu 1000 Tupfer		
Zemuko Kompressen in Rollen		10 m x 10 cm
		10 m x 15 cm

O 1

Beilage 9

Patientenbedarf

Spritzen und Nadeln für den Patientenbedarf
für Anspruchsberechtigte der Gebiets- und Betriebskrankenkassen
(PEN-Geräte nur für Versicherte der NÖGKK, der BKK Austria Tabak
und der BKK Mondi)

S p r i t z e n u n d N a d e l n			
Einmalspritzen HSW	zu 100 Stk.		2 ml
			5 ml
			10 ml
			20 ml
Einmalnadeln HSW	zu 100 Stk.	Nr. 1	0,90 x 40 mm
		Nr. 2	0,80 x 40 mm
		Nr. 12	0,70 x 30 mm
		Nr. 14	0,60 x 30 mm
		Nr. 16	0,60 x 25 mm
		Nr. 18	0,45 x 25 mm
		Nr. 20	0,40 x 20 mm
Einmal(Serum)nadeln HSW	zu 100 Stk.		1,20 x 40 mm
			0,70 x 50 mm
			0,80 x 50 mm
			0,90 x 50 mm
			1,10 x 50 mm
			1,20 x 50 mm
			0,80 x 80 mm
			1,00 x 100 mm
B-D Microfine+ Insulinspritzen U 100		0,3 ml	0,33 x 8,0 mm
zu 100 Stk.		0,5 ml	0,33 x 12,7 mm
		0,5 ml	0,33 x 8,0 mm
		1,0 ml	0,33 x 12,7 mm

Mai 2009

Spritzen und Nadeln		
Omnican U 100	0,3 ml	0,33 x 8,0 mm
zu 100 Stk.	0,3 ml	0,33 x 12,0 mm
	0,5 ml	0,33 x 8,0 mm
	0,5 ml	0,33 x 12,0 mm
	1,0 ml	0,33 x 8,0 mm
	1,0 ml	0,33 x 12,0 mm

Pen-Geräte und Nadeln		
Lilly Humapen Luxura 3 ml		
Lilly Humapen Luxura HD 0,5er-Schritte		
B-D Microfine+ Pen-Nadeln zu 100 Stk.		0,33 x 12,7 mm
		0,25 x 8,0 mm
		0,25 x 5,0 mm
NovoPen IV 3 ml		
NovoPen Demi 3 ml		
NovoPen Junior 3 ml		
Autopen 3 ml (für Lilly-Insulin) 1er-Schritte (21 IE)		
Autopen 3 ml (für Lilly-Insulin) 2er-Schritte (42 IE)		
Autopen 24 (für Aventis-Insulin) 1er-Schritte (21 IE)		
Autopen 24 (für Aventis-Insulin) 2er-Schritte (42 IE)		
Pen-Nadeln Novofine	zu 100 Stk.	0,36 x 12,0 mm
		0,30 x 8,0 mm
		0,25 x 6,0 mm
OptiPen Pro 1 3 ml		
Penfine Universal Click Nadeln	zu 100 Stk.	0,33 x 12,0 mm
		0,33 x 10,0 mm
		0,26 x 8,0 mm
		0,26 x 6,0 mm
Zellstofftupfer	zu 1000 Stk.	4 x 5 cm

O 1

Blutzuckermessgeräte, Blutzucker-, Harnteststreifen,
Stechgeräte und Blutlanzetten
(nur für Anspruchsberechtigte der NÖGKK und der BKK Mondi)

B l u t z u c k e r m e s s g e r ä t e	
Gluco Men XL	
Teststreifen:	
Glucocard Memory Strip	zu 50 Stk.
Glucocard X-(Meter) Sensor	zu 50 Stk.
Gluco Men XL Sensor	*zu 50 Stk.*
Stechgerät:	
Glucoject Dual	
Lanzetten:	
Glucoject Lanzetten	zu 200 Stk.
Ascensia Breeze 2-Set Ascensia Brio-Set Ascensia-Confirm-Set Ascensia-Elite-Set Ascensia-Esprit-Set Ascensia Contour-Set *Ascensia Contour Link-Set*	
Teststreifen:	
Ascensia Breeze	zu 50 Stk.
Ascensia Easyfill (für Brio)	zu 50 Stk.
Ascensia Elite Sensor	zu 50 Stk.
Ascensia Esprit Sensor Disk	zu 50 Stk.
Ascensia Contour TS	zu 50 Stk.
Ascensia Contour Link TS	*zu 50 Stk.*
Stechhilfe:	
Microlet	
Lanzetten:	
Microlet	zu 200 Stk.

B l u t z u c k e r m e s s g e r ä t e	
One Touch Ultra Set	
One Toch Ultra Easy Set	
One Touch Ultra Smart Set	
Teststreifen:	
One Touch Ultra	zu 50 Stk.
Stechgerät:	
One Touch Ultra Easy	
One Touch Ultra Soft	
One Touch Penlet plus	
Lanzetten:	
Fine Point	zu 100 Stk.
One Touch Ultra	zu 100 Stk.
Accu-Chek Compact plus Set	
Accu-Chek Go Set	
Accu-Chek Performa Set	
Teststreifen:	
Accu-Chek Active Glucose	zu 50 Stk.
Accu-Chek Accutrend Glucose	zu 50 Stk.
Accu-Chek Compact	zu 51 Stk.
Accu-Chek Go	zu 50 Stk.
Accu-Chek Performa	*zu 50 Stk.*
Stechgerät:	
Accu-Chek Softclix	
Lanzetten:	
Accu-Chek Softclix Lanzetten	zu 200 Stk.

B l u t z u c k e r m e s s g e r ä t e	
Precision Xceed Set	
Freestyle lite Set	
Freestyle freedom lite Set	
<u>Teststreifen:</u>	
Medisense Precision Xtra Plus Glucose Elektroden	zu 50 Stk.
Medisense Precision Xtra Plus Glucose Elektroden	zu 100 Stk.
Soft Sense Teststreifen	zu 50 Stk.
Freestyle	zu 50 Stk.
Freestyle	zu 100 Stk.
Freestyle lite	zu 50 Stk.
Freestyle lite	zu 100 Stk.
<u>Stechgerät:</u>	
<u>Freestyle Stechgerät</u>	
Medisense Autolancet	
<u>Lanzetten:</u>	
Freestyle Lancetts	zu 200 Stk.
Thin Lancetts BD	zu 200 Stk.

B l u t z u c k e r m e s s g e r ä t e	
Wellion Linus-Set	
Wellion Smart–Set	
Teststreifen:	
Wellion Linus	zu 50 Stk.
Wellion Truetrack	zu 50 Stk.
Stechgerät:	
Omnican Lance	
Lanzetten:	
B-D Microfine Lanzetten (30 G)	zu 200 Stk.
Omnican Lance Soft	zu 200 Stk.
Wellion Lanzetten (28 G)	zu 200 Stk.

B l u t z u c k e r m e s s g e r ä t f ü r B l i n d e	
Gluco Talk-Set	
SensoCard plus-Set	
Teststreifen:	
Gluco Talk	zu 50 Stk.
SencoCard plus	zu 50 Stk.
Stechgerät:	
Gluco Talk	
Wellion	
Lanzetten:	
Gluco Talk	zu 200 Stk.
Wellion	*zu 200 Stk.*

H a r n t e s t s t r e i f e n	
Albustix	zu 50 Stk.
Clinistix	zu 50 Stk.
Combur-Test 3	zu 50 Stk.
Diabur-Test 5000	zu 50 Stk.
Diastix	zu 50 Stk.
Keto-Diabur-Test 5000	zu 50 Stk.
Keto-Diastix	zu 50 Stk.
Ketostix	zu 50 Stk.
Uristix	zu 50 Stk.

R 2

Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr

Das Kennzeichnen der Rezepte als "gebührenfrei" ist nur dann zulässig, wenn beim Stecken der e-card der Hinweis einer Rezeptgebührenbefreiung angezeigt wird. *In besonders dringenden Fällen kann die Ärztin/der Arzt unter Berücksichtigung sozialer und medizinischer Aspekte auch ein Schreiben der Kasse, mit dem die Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr für die Patientin/den Patienten bestätigt wird, anerkennen.*

Ausgenommen von dieser Regelung bleiben selbstverständlich die Bestimmungen über die Nichteinhebung der Rezeptgebühren bei der Behandlung von anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten:

Gemäß § 136 Abs. 4 ASVG in Verbindung mit § 2 Abs. 1 der Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr darf von Personen, die an einer anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheit leiden, keine Rezeptgebühr eingehoben werden.

Allerdings kann diese Ausnahmebestimmung nur in ursächlichem Zusammenhang mit der anzeigepflichtigen Erkrankung gesehen werden und gilt ausschließlich für die tatsächlich Erkrankte bzw. den tatsächlich Erkrankten.

Für Heilmittel, die während des Bestehens der anzeigepflichtigen Krankheit wegen einer anderen Krankheit benötigt werden, gilt diese Ausnahmebestimmung nicht; in diesem Fall ist die Rezeptgebühr zu entrichten.

Die betreffenden Rezepte sind daher entweder durch die Angabe "M.I.R." (morbus infectiosus referendus) oder durch doppelten Stempelaufdruck zu kennzeichnen.

Derzeit in Österreich anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten:

a) <u>Nach dem AIDS-Gesetz 1993</u>

- *jede manifeste Erkrankung an AIDS*

b) <u>Nach dem Tuberkulosegesetz 1968</u>

- *jede Erkrankung an Tuberkulose (hervorgerufen durch mycobakterium tuberkulosis), die ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedarf*

c) <u>Nach dem Geschlechtskrankheitengesetz 1945</u>

- *Tripper*
- *Syphilis*
- *Weicher Schanker*
- *Lymphogranuloma inguinale*

d) <u>Nach dem Epidemiegesetz 1950</u>

- *Cholera*
- *Gelbfieber*
- *virusbedingtes hämorrhagisches Fieber*
- *infektiöse Hepatitis (Hepatitis A, B, C, D, E, G)*
- *Hundbandwurm (Echinococcus granulosus) und Fuchsbandwurm (Echinococcus multilocularis)*
- *Infektion mit dem Influenzavirus A/H5N1 oder einem anderen Vogelgrippevirus*
- *Infektion mit dem Influenzavirus A/H1N1 ("Schweinegrippe")*
- *Kinderlähmung*
- *bakterielle und virale Lebensmittelvergiftungen*
- *Lepra*
- *Leptospiren-Erkrankungen*
- *Masern*
- *Milzbrand*
- *Psittakose*
- *Paratyphus*
- *Pest*
- *Pocken*
- *Rickettsiose durch R. prowazekii*
- *Rotz*
- *übertragbare Ruhr (Amöbenruhr)*
- *SARS (Schweres akutes respiratorisches Syndrom)*
- *Tularämie*
- *Typhus (Abdominaltyphus)*
- *Puerpalfieber und Wutkrankheit (Lyssa) und Bissverletzungen durch wutkranke oder -verdächtige Tiere*
- *subakute spongiforme Encephalopathien*
- *Bang´sche Krankheit*
- *Diphtherie*

- *virusbedingte Meningoencephalitiden*
- *invasive bakterielle Erkrankungen (Meningitiden und Sepsis)*
- *Keuchhusten*
- *Legionärskrankheit*
- *Malaria*
- *Röteln*
- *Scharlach*
- *Rückfallfieber*
- *Trachom*
- *Trichinose*
- *Tuberkulose, hervorgerufen durch Mycobakterium bovis*

Es wird empfohlen, Vermerke über die Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr in der Patientenkartei bzw. im EDV-System nur für einen kurzen Zeitraum (einen Monat) anzubringen, da die Gebührenbefreiung im Einzelfall jederzeit wegfallen kann.

R 5

Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung gemäß § 31 Abs. 5 Z 10 ASVG (RöK)

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung (RöK) beschlossen. Die Richtlinien wurden in der Fachzeitschrift "Soziale Sicherheit" Nr. 3/1996 (Amtliche Verlautbarung Nr. 40/1996) kundgemacht *und 2005 im Internet unter der Bezeichnung "Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung 2005 – RöK 2005" wiederverlautbart.* Sie sind auf Grund gesetzlicher Bestimmung für alle Vertragspartner/innen und Krankenversicherungsträger unmittelbar verbindlich.

Zur Information sind die Richtlinien beigelegt, wobei auf folgende wesentliche Punkte hingewiesen wird:

1. Sowohl die Gesetze als auch die Gesamtverträge sehen eine Verpflichtung zur ökonomischen Krankenbehandlung vor. Die Richtlinien führen diese Grundsätze im § 3 näher aus. Insbesondere sind für die ökonomische Bewertung nicht nur Ihre persönliche Leistung, sondern auch die von Ihnen veranlassten Maßnahmen (z. B. Überweisungen etc.) zu berücksichtigen.

2. Bisher gab es bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern sehr unterschiedliche Regelungen bei den chefärztlichen Bewilligungen. Die Richtlinien vereinheitlichen weitgehend die Bewilligungspflichten in ganz Österreich. Insgesamt führt dies österreichweit zu einer Verringerung der bewilligungspflichtigen Leistungsbereiche.

   In Hinkunft bedürfen daher nur mehr die in der Anlage der Richtlinien angeführten Leistungsbereiche einer vorherigen Bewilligung. Die Krankenversicherungsträger können unter Beachtung des § 4 RöK Ausnahmen *davon* vorsehen.

   Die niederösterreichischen § 2-Krankenversicherungsträger haben in den Leistungsbereichen **Physikotherapie** und **Transporte bei Serienbehandlungen** von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht, sodass in diesen beiden Leistungsbereichen folgende Regelungen zur Anwendung gelangen:

- Physikotherapie ab der 31. Anwendung, jedenfalls ab der 11. Sitzung **(ausgenommen Vertragsärzte bzw. -ärztinnen und Ambulanzen in Vertragskrankenanstalten);** die Verordnung ist zu Beginn der Behandlung vom/von der Vertragspartner/in oder Versicherten (Angehörigen) der Kasse vorzulegen
- Physikotherapie in Form von Hausbesuchen ab der 1. Sitzung

- *Bei Serienbehandlungen (mehr als vier vom/von der behandelnden Arzt/Ärztin in einer Transportanweisung angeordnete Transporte innerhalb von drei Monaten zur gleichen Behandlungsstelle) ist eine vorhergehende chef(kontroll)ärztliche Bewilligung ab der 1. Fahrt erforderlich.*
  Krankenbeförderungen und einfache Krankentransporte zu Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie bedürfen, mit Ausnahme der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, nicht der vorherigen Bewilligung durch den Versicherungsträger.

Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse hat im Bereich der nuklearmedizinischen Untersuchungen von der in § 4 Abs. 2 RöK normierten Ermächtigung Gebrauch gemacht, weshalb ab 1.1.1999 für nuklearmedizinische Untersuchungen vorerst keine chefärztliche Bewilligung mehr eingeholt werden muss. Ab diesem Zeitpunkt fällt somit die Verantwortung für die Beurteilung der Notwendigkeit von nuklearmedizinischen Untersuchungen ausschließlich in Ihren Zuständigkeitsbereich.

3. Der/Die Versicherte (Angehörige) ist vom/von der Vertragspartner/in darüber aufzuklären, dass die Kosten einer bewilligungspflichtigen Leistung nur dann vom Krankenversicherungsträger übernommen werden dürfen, wenn eine chefärztliche Bewilligung vor Durchführung dieser Leistung eingeholt wird.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es gegenüber der bisher geübten Praxis bei Einholung einer chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung im Bereich der niederösterreichischen § 2-Krankenversicherungsträger nur in wenigen Punkten zu Abweichungen kommt.

1. Für logopädische Behandlungen und Ergotherapie ist nunmehr erst ab der 2. Sitzung bzw. Behandlungseinheit die Einholung einer chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung erforderlich.

2. Für Computertomographie *und* Kernspintomographie ist die Einholung einer vorherigen chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung in jedem Fall erforderlich.

Mai 2009

Abschließend wird im Sinne einer raschen Erledigung und im Interesse der Patienten bzw. Patientinnen und Versicherten ersucht, die Anträge wie bisher so zu begründen, dass seitens der Kasse in der Regel ohne zusätzliche Erhebung darüber entschieden werden kann.

R 5

Beilage

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: www.avsv.at

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verlautbart gemäß § 593 Abs. 3 ASVG:

Wiederverlautbarung der Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung gemäß § 31 Abs. 5 Z 10 ASVG (RöK)

Auf Grund des § 593 Abs. 3 ASVG werden mit dieser Kundmachung die Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung im Internet wiederverlautbart.

Stammfassung und Änderungen

Die Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung wurden in ihrer Stammfassung kundgemacht am 20. März 1996 in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit" 1996, Seite 264 ff., Amtliche Verlautbarung Nr. 40/1996; die 1. Änderung wurde kundgemacht am 31. Jänner 2001 in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit" 2001, Seite 50, Amtliche Verlautbarung Nr. 2/2001; die 2. Änderung wurde kundgemacht am 19. September 2001 in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit" 2001, Seite 678, Amtliche Verlautbarung Nr. 98/2001.

Veränderungen im Text

Für die Wiederverlautbarung wurden nachstehende Veränderungen im Text der Richtlinien vorgenommen:

Der Ausdruck „chef(kontroll)ärztliche Bewilligung" wurde durch den Ausdruck „ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers" ersetzt.

Bezeichnung nach der Wiederverlautbarung

Die Richtlinien werden unter dem Titel „Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung 2005 - RöK 2005" mit folgendem Text wiederverlautbart:

Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung 2005 - RöK 2005

1. Abschnitt
Allgemeine Bestimmungen

Geltungsbereich

§ 1. (1) Die Richtlinien regeln

1. die ökonomischen Grundsätze, nach denen
   a) die ärztliche Hilfe,
   b) die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen,
   c) die im Zusammenhang mit Leistungen gemäß lit. a und b veranlassten Maßnahmen,
   d) die Abgabe von Heilbehelfen durch andere Vertragspartner als Apotheker und hausapothekenführende Ärzte

als ausreichend, zweckmäßig, das Maß des Notwendigen nicht übersteigend zu beurteilen sind sowie

2. die Maßnahmen, die die Einhaltung dieser Grundsätze sicherstellen sollen.

(2) Für die Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen und die Abgabe durch Apotheker und hausapothekenführende Ärzte sind die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen anzuwenden.

Verbindlichkeit

§ 2. (1) Die Richtlinien sind für die im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefassten Krankenversicherungsträger mit der Maßgabe verbindlich, dass der 3. Abschnitt nur vom abrechnenden Krankenversicherungsträger anzuwenden ist.

(2) Die §§ 1 bis 4 und der 2. Abschnitt sind auch für die in Betracht kommenden Vertragspartner verbindlich.

Ökonomische Grundsätze

§ 3. (1) Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie ist nach dem jeweiligen und aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu erbringen. Innerhalb dieses Rahmens erfüllt die Krankenbehandlung unter Beachtung des Wohles und der Betroffenheit des Versicherten (Angehörigen) die ökonomischen Grundsätze, wenn sie geeignet ist,

- einen ausreichenden therapeutischen und diagnostischen Nutzen zu erzielen und
- die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering zu halten.

(3) Eine Maßnahme ist dabei nicht nur für sich allein zu betrachten, sondern es sind die im überblickbaren Behandlungs- und Untersuchungsverlauf gesetzten bzw. zu setzenden Maßnahmen zu berücksichtigen.

(4) Dabei ist insbesondere darauf Bedacht zu nehmen,

1. dass von mehreren gleichwertig geeigneten Möglichkeiten die ökonomisch günstigste Möglichkeit gewählt wird;
2. ob andere, z.B. hygienische oder diätetische Maßnahmen auch ökonomischer wären als Maßnahmen der Krankenbehandlung;
3. ob anstelle der Einweisung zu einem stationären Krankenhausaufenthalt die Behandlung im ambulanten Bereich (z.B. Krankenhausambulanz, Betreuung durch den Hausarzt, medizinische Hauskrankenpflege) ökonomischer wäre;
4. ob anstelle von ambulant serienweise angewendeten Behandlungsmethoden die Unterbringung in Kur- oder Rehabilitationseinrichtungen ökonomischer wäre.

Ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers

§ 4. (1) In der Anlage sind jene Leistungen angeführt, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen erst nach einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers vom Vertragspartner angewendet werden dürfen.

(2) Für einzelne Vertragspartner oder für bestimmte Gruppen von Vertragspartnern können die Krankenversicherungsträger - allenfalls zeitlich befristet - vorsehen, dass für in der Anlage angeführte Leistungen keine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers erforderlich ist oder dass die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen notwendig ist, wenn bei diesem Vertragspartner oder bei dieser Gruppe von Vertragspartnern die ökonomische Krankenbehandlung gemäß § 3 sichergestellt ist.

(3) Aus Gründen der Zweckmäßigkeit kann festgelegt werden, dass die Physikotherapie ab der 31. Anwendung, jedenfalls aber ab der 11. Sitzung, einer vorherigen ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers bedarf.

(4) Aus Gründen der Zweckmäßigkeit kann festgelegt werden, dass die Psychotherapie erst ab der 11. Sitzung einer vorherigen ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers bedarf.

Kostenerstattung, Kostenzuschuss, Kostenersatz

§ 5. Die §§ 1, 3 und 4 gelten sinngemäß für die Fälle

- der Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung,
- der Kostenzuschüsse,
- der Kostenersätze.

2. Abschnitt
Bestimmungen für den Vertragspartner

Beachtung der ökonomischen Grundsätze

§ 6. (1) Der Vertragspartner ist verpflichtet, die Krankenbehandlung so zu erbringen und zu veranlassen, dass diese den ökonomischen Grundsätzen gemäß § 3 entspricht.

(2) Gibt der Versicherte (Angehörige) z.B. durch Vorlage eines Krankenscheines zu erkennen, dass er auf Rechnung der Sozialversicherung behandelt werden will, ist für bewilligungspflichtige Maßnahmen ein Antrag auf vorherige ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers auszustellen.

Aufklärungspflicht durch den Vertragspartner

§ 7. (1) Der Vertragspartner hat den Versicherten (Angehörigen) bei Veranlassung, spätestens vor der Anwendung einer bewilligungspflichtigen Behandlungs- oder Untersuchungsmethode ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass vor Durchführung dieser Methode die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers einzuholen ist und der Krankenversicherungsträger im Falle einer Ablehnung keine Kosten übernimmt.

(2) Die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers ist entweder vom Versicherten (Angehörigen) oder in seinem Namen vom Vertragspartner beim Krankenversicherungsträger vor Durchführung dieser Methode einzuholen. Der Vertragspartner hat die beabsichtigte Anwendung dieser Behandlungs- oder Untersuchungsmethode so zu begründen, dass der Krankenversicherungsträger in der Regel ohne zusätzliche Erhebung darüber entscheiden kann.

Keine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers

§ 8. Eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers ist nicht erforderlich, wenn die Anwendung der bewilligungspflichtigen Behandlungs- oder Untersuchungsmethode in Fällen der ersten Hilfe oder zur Abwendung einer erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung unverzüglich notwendig war. Dies ist vom Vertragspartner auf dem jeweiligen Abrechnungsbeleg schriftlich zu begründen.

Überweisungen oder Zuweisungen

§ 9. (1) Die Maßnahmen des Vertragspartners haben im Rahmen des § 3 alle Leistungen zu umfassen, die aufgrund der medizinischen Ausbildung und der dem Vertragspartner zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Für erforderliche Leistungen, die der Vertragspartner nicht selbst erbringen kann, hat er Überweisungen oder Zuweisungen unter Berücksichtigung der ökonomischen Grundsätze vorzunehmen, wobei er sich auch zu vergewissern hat, ob und inwieweit entsprechende maßgebliche Vorbefunde vorhanden sind.

(2) Im Falle einer notwendigen Überweisung oder Zuweisung ist grundsätzlich zu Vertragspartnern zu überweisen oder zuzuweisen. Eine Zuweisung oder Überweisung zu Wahlbehandlern soll nur dann erfolgen, wenn ein Vertragspartner unter Berücksichtigung der Dringlichkeit der Behandlung oder Untersuchung in zumutbarer Entfernung nicht vorhanden ist.

3. Abschnitt
Bestimmungen für den Krankenversicherungsträger

Prüfung der Einhaltung der ökonomischen Grundsätze

§ 10. (1) Der Krankenversicherungsträger hat die Tätigkeit der Vertragspartner bezüglich der Einhaltung der Grundsätze der ökonomischen Krankenbehandlung zu prüfen.

(2) Die vertragspartnerbezogene Prüfung erfolgt

1. nach Durchschnittswerten;
2. auf der Grundlage von Stichproben;
3. in Einzelfällen.

(3) Die Prüfung umfasst insbesondere:

- ärztliche Leistungen,
- ärztlich verordnete Leistungen,
- der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen,
- die Häufigkeit von Überweisungen,

- Krankenhauseinweisungen,
- die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit,
- die Ausstellung von Reise(Fahrt)- und Transportaufträgen.

Vertragspartnerbezogene Prüfung nach Durchschnittswerten

§ 11. (1) Für jede Vertragspartnergruppe sind statistische Durchschnittswerte für den Honorar- und Folgekostenbereich zu ermitteln.

(2) Wird vom Krankenversicherungsträger eine maßgebliche Überschreitung relevanter Durchschnittswerte festgestellt, soll mit dem Vertragspartner ein Gespräch geführt werden. Dies gilt jedenfalls bei Überschreitungen von mehr als 50 %. Der Krankenversicherungsträger hat dabei den Vertragspartner über die ökonomischen Aspekte seiner Tätigkeit zu informieren. Erforderlichenfalls sind vom Krankenversicherungsträger die vertraglich und gesetzlich vorgesehenen Schritte zu setzen.

Vertragspartnerbezogene Prüfung auf der Grundlage von Stichproben oder in Einzelfällen

§ 12. Der Krankenversicherungsträger hat regelmäßig im Wege von Stichproben sowie in begründeten Einzelfällen die Einhaltung der ökonomischen Grundsätze und die Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen. Ergibt sich aus einer solchen Überprüfung die Vermutung unökonomischen Verhaltens, soll mit dem Vertragspartner ein Gespräch geführt werden. Erforderlichenfalls sind vom Krankenversicherungsträger die vertraglich und gesetzlich vorgesehenen Schritte zu setzen.

4. Abschnitt

Wirksamkeit

§ 13. Die Richtlinien treten mit dem Monatsersten in Kraft, der auf die Verlautbarung in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit" folgt.

Inkrafttreten der 1. Änderung

§ 14. § 4 Abs. 4 sowie Punkt 4 der Anlage treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

Inkrafttreten der 2. Änderung

§ 15. Punkt 13 der Anlage tritt mit 1. Oktober 2001 in Kraft.

ANLAGE

Leistungen, für die zur Sicherstellung des gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebotes eine vorherige ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers erforderlich ist

Folgende Leistungen bedürfen vor ihrer Anwendung einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers:

1. Logopädische Behandlung ab der 2. Sitzung
2. Ergotherapie ab der 2. Behandlungseinheit
3.
   - Physikotherapie ab der 21. Anwendung, jedenfalls ab der 7. Sitzung; die Verordnung ist bei Beginn der Behandlung vom Vertragspartner oder Versicherten (Angehörigen) der Kasse vorzulegen
   - Physikotherapie in Form von Hausbesuchen ab der 1. Sitzung
4. Psychotherapie ab der 5. Sitzung
5. Medizinische Hauskrankenpflege ab der 5. Woche
6. Geplante Behandlung und Untersuchung im Ausland
7. Computertomographie, Kernspintomographie, nuklearmedizinische Untersuchungen
8. Kosmetische Behandlung
9. Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung, Geschlechtsumwandlung
10. HELP-Therapie
11. Operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion
12. Flugtransporte

13. Krankentransporte mit Ausnahme von Transporten in Fällen der ersten Hilfe, zur Dialyse sowie zur Chemo- oder Strahlentherapie
14. Heimdialyse

*

Die Wiederverlautbarung der Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung 2005 - RöK 2005 wurde vom Verbandsvorstand des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger am 19. Oktober 2005 beschlossen und der Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz zur Kenntnis gebracht.

Für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger:

Laminger **Probst**

T 1

Transportkosten

Die Kasse übernimmt Transportkosten, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der/die gehunfähig erkrankte *Anspruchsberechtigte* auf Grund seines/ihres körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann.

Transportkosten werden nur für Beförderungen im Inland

- zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des/der Erkrankten,
- bei aus medizinischen Gründen notwendiger Überstellung zur stationären Behandlung von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt,
- zur ambulanten Behandlung zum/zur nächstgelegenen geeigneten Vertragsarzt/ Vertragsärztin (Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin), der nächstgelegenen geeigneten Vertrags-Gruppenpraxis oder zur nächstgelegenen geeigneten Einrichtung (Vertragseinrichtung) bzw. in die Wohnung des/der Erkrankten zurück,
- zur körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln

in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife übernommen. Wenn sich der/die Erkrankte im Zeitpunkt der notwendigen Beförderung vorübergehend nicht an seinem/ihrem Wohnsitz aufgehalten hat, übernimmt die Kasse die Kosten des Transportes von der Krankenanstalt in die Wohnung des/der Erkrankten bis zur Höhe der Kosten des Transportes von diesem Aufenthaltsort (Ereignis- oder Unfallort) in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt.

Der Forderung nach einheitlichen Definitionen im Bereich des Transportwesens nachkommend, konzipierte das Competence Center Transportwesen bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse nachstehende Transportbegriffe, die durch die 2. Änderung der Mustersatzung 2007 des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger umgesetzt wurden. Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse hat in der Folge die Änderungen in ihre Satzung mit Gültigkeit zum 29. Juli 2008 übernommen:

§ 44
(3) Ein bodengebundener Transport erfolgt entweder als

1. ***Krankenbeförderung***
Befördert werden Anspruchsberechtigte, die während der Fahrt und auf dem Weg zum und vom Fahrzeug (PKW) keiner Unterstützung durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin bedürfen. Der/Die Anspruchsberechtigte kann mit einem Privat-PKW bzw. Lohnfuhrwerk (Taxi- bzw. Mietwagenunternehmen) befördert werden;

oder

2. ***Krankentransport***
Transportiert werden Anspruchsberechtigte, die keine Notfallpatienten/Notfallpatientinnen sind und entweder

a) auf dem Weg zum und vom Sanitätskraftwagen der Unterstützung durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin bedürfen und/oder die Möglichkeit des Bedarfs einer sanitätsdienstlichen Versorgung während der Fahrt gegeben ist. Der/Die Anspruchsberechtigte kann in einem Behelfskrankentransportwagen (BKTW) transportiert werden, wobei der/die Sanitäter/Sanitäterin gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist ***(einfacher Krankentransport)*** *oder*

b) während des Transportes auf sanitätsdienstliche Versorgung angewiesen sind. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist. Der/Die Anspruchsberechtigte wird grundsätzlich liegend oder sitzend in einem Tragsessel mit einem Krankentransportwagen (KTW) transportiert ***(qualifizierter Krankentransport);***

oder

3. ***Rettungstransport***
Transportiert werden Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich nicht in Lebensgefahr befinden, jedoch schwere gesundheitliche Schäden nicht ausgeschlossen werden können, wenn nicht unverzüglich qualifizierte sanitätsdienstliche Hilfe geleistet wird. Zur Vermeidung weiterer Schäden ist der Transport mit einem Rettungstransportwagen (RTW) zur weiterführenden medizinischen Versorgung in eine geeignete Behandlungseinrichtung angezeigt. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist;

oder

4. ***Notarzttransport***

Transportiert werden Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich in Lebensgefahr befinden und/oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie am Notfallort nicht notärztlich versorgt werden. Der/Die Anspruchsberechtigte ist unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit mit dem Notarztwagen (NAW) in eine Krankenanstalt zu bringen. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin und einen/eine Notarzt/Notärztin, wobei diese nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin sind.

Die jeweilige Art des Transportes ist auf Grund des körperlichen oder geistigen Zustandes des/der Erkrankten ärztlich zu bescheinigen.

Bei festgestellter Gehunfähigkeit des/der Patienten/Patientin ist wesentlich die Unterscheidung zwischen einfachem Krankentransport und qualifiziertem Krankentransport. Ersterer ist davon gekennzeichnet, dass der/die Patient/Patientin während der Fahrt keiner sanitätsdienstlichen Versorgung bedarf, dieser Transportbegriff ersetzt den früheren Sitzendtransport, während beim qualifizierten Krankentransport die sanitätsdienstliche Versorgung des/der Patienten/Patientin während der Fahrt medizinisch indiziert ist (früherer Liegendtransport).

Bei *der Transportart "einfacher Krankentransport"* kommt es nur in Ausnahmefällen (Dialysebehandlungen, Chemotherapie, Strahlenbehandlungen, Erste-Hilfe-Fahrten) zu einer Direktverrechnung mit den anerkannten Rettungsorganisationen. *Anspruchsberechtigten,* die nicht unter die Ausnahmebestimmung fallen, ersetzt die Kasse für die eigentliche Transportstrecke Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes, mindestens jedoch in Höhe von € 2,00 pro Transportstrecke.

Ebenso übernimmt die Kasse in den oben angeführten Ausnahmefällen die Kosten der notwendigen Beförderung mit einem Personenkraftwagen eines Taxi- bzw. Mietwagenunternehmens im Ausmaß der vertraglich vereinbarten Tarifsätze.

Wird *vom/von der Anspruchsberechtigten* für einen derartigen Transport ein Personenkraftwagen eines Taxi- bzw. Mietwagenunternehmens benützt, das nicht von den bestehenden Verträgen der Kasse umfasst ist, werden die Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes, mindestens jedoch in Höhe von € 2,00 ersetzt.

Für *qualifizierte Krankentransporte und Rettungstransporte* werden die Kosten auch weiterhin ohne Ausnahme gegen Direktverrechnung mit den anerkannten Rettungsorganisationen übernommen.

Formular GV 502 ***(Anweisung für Transportkosten)***

Dieses Formular sieht folgende Möglichkeiten vor:

1. Einen Kostenersatz (halbes amtliches Kilometergeld) erhält der/die Versicherte, wenn als *erforderliche Transportart die Krankenbeförderung oder ein einfacher Krankentransport* verordnet wurde.

2. Wurde eine Dialysebehandlung, Chemotherapie oder Strahlenbehandlung verordnet und *sind Krankenbeförderung oder ein einfacher Krankentransport* medizinisch indiziert, *ist*

   a) die Rubrik *Krankenbeförderung oder einfacher Krankentransport* anzukreuzen und

   b) die Diagnose, die Begründung und der Therapievorschlag zu vermerken und

   c) die Rubrik Dauerauftrag für Behandlungen/Untersuchungen/Therapien anzukreuzen.

   Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, führen die zur Kasse in einem Vertragsverhältnis stehenden Taxi- bzw. Mietwagenunternehmen oder die anerkannten Rettungsorganisationen die Beförderungen gegen Direktverrechnung mit der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse durch und erfolgt somit eine Kostenübernahme in Höhe der Tarifvereinbarung.

3. Wurde als *erforderliche Transportart* ein *einfacher Krankentransport* verordnet und *fehlen* die *Voraussetzungen* nach *Punkt 2,* erhält der/die Versicherte grundsätzlich von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse gegen Vorlage des Transportauftrages und der saldierten Rechnung einen Kostenersatz in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes, mindestens jedoch einen Kostenersatz in Höhe von € 2,00 pro Transportstrecke.
4. Wird als *erforderliche Transportart* ein *qualifizierter Krankentransport* verordnet, erfolgt wie bisher eine Direktverrechnung mit den anerkannten Rettungsorganisationen.

Transportanweisungen sind grundsätzlich nur für Beförderungen in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt (Behandlungseinrichtung) auszustellen. Wünscht der/die *Anspruchsberechtigte* in eine weitergelegene Behandlungseinrichtung überwiesen zu wer-

den, ohne dass hiezu eine medizinische Notwendigkeit gegeben ist, so ist dies auf dem Formular "Anweisung für Transportkosten" durch Anbringung des Hinweises "Wunsch des/der Patienten/Patientin" ausdrücklich zu vermerken.

Bei der Veranlassung eines Krankentransportes ist insbesondere auch darauf zu achten, ob der Transport mittels *Behelfskrankentransportwagen/Krankentransportwagen* notwendig erscheint oder ob die Fahrt nicht auch mit einem öffentlichen Verkehrsmittel, Privat-PKW/Taxi verantwortet werden kann.

Allfällige Wünsche der Patienten/Patientinnen hinsichtlich der Wahl des Transportmittels dürfen die ärztliche Entscheidung keinesfalls beeinflussen. Hierbei ist eine kritische Beurteilung jedes Einzelfalles erforderlich.

Bei Serienbehandlungen (mehr als vier vom/von der behandelnden Arzt/Ärztin in einer Transportanweisung angeordnete Transporte innerhalb von drei Monaten zur gleichen Behandlungsstelle) ist eine chef(kontroll)ärztliche Bewilligung ab der 1. Fahrt erforderlich.

WICHTIG:

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass bei der Verordnung von Krankentransporten der/die Vertragsarzt/Vertragsärztin auf Grund des Gesundheitszustandes des/der Patienten/Patientin aus medizinischer Sicht zu entscheiden hat, welche Transportart für den/die Patienten/Patientin geeignet ist. Gemäß § 10 des Gesamtvertrages hat die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig zu sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Diese Bindung an das Ökonomiegebot bezieht sich sowohl auf die eigene Tätigkeit des/der Arztes/Ärztin, als auch auf akzessorische Leistungen wie Transportkosten. In diesem Sinne ist durch den/die Vertragsarzt/Vertragsärztin bei der Verordnung von Krankentransporten entsprechend dem Ökonomiegebot darauf Bedacht zu nehmen, ob der/die Patient/Patientin während der Fahrt tatsächlich durchgehend einer sanitätsdienstlichen Versorgung bedarf und somit ein qualifizierter Krankentransport zu verordnen ist, oder ob damit das Maß des Notwendigen überschritten wäre und es ausreichend und zweckmäßig ist, dass für den/die Patienten/Patientin nur zum und vom Fahrzeug eine sanitätsdienstliche Versorgung zur Verfügung steht und sohin ein einfacher Krankentransport zu verordnen ist. Weiters ist bei gänzlichem Fehlen der Notwendigkeit einer sanitätsdienstlichen Versorgung die Transportart Krankenbeförderung als ausreichend und zweckmäßig zu verordnen.

V 1

Durchführung, Abrechnung und Honorierung von Vorsorgeuntersuchungen ab 1. Oktober 2005

Zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer für ihren Zuständigkeitsbereich und für die Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Niederösterreich einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die § 2-Kassen wurde per 1.1.2005 ein neuer Gesamtvertrag zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der Vorsorgeuntersuchungen abgeschlossen.

VORSORGEUNTERSUCHUNGEN DURCH VERTRAGSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE SACHVERHALT AB 1. OKTOBER 2005

Die wesentlichsten Änderungen und Neuerungen auf dem Sektor der Vorsorgeuntersuchungen ab 1.10.2005 sind:

1. Neben dem allgemeinen Untersuchungsprogramm gehören zum sachlichen Umfang der Vorsorgeuntersuchungen auch eine spezifische Untersuchung auf Cervix-Karzinom (PAP-Abstrich), Mammographie, Koloskopie sowie auf Wunsch des Probanden eine spezifische Vorgehensweise auf Abklärung Prostata-Karzinom.
2. Auf die Ermittlung folgender Parameter wird im Rahmen der neuen Vorsorgeuntersuchung verzichtet, da für deren Bestimmung keine oder ungenügende Erkenntnisse aus der aktuellen Wissenschaft vorhanden sind: Blutsenkungsgeschwindigkeit, Harnsäure.
3. Es fließen mehr als bisher die Erkenntnisse der modernen Lebensstilmedizin in die Vorsorgeuntersuchung ein. Dabei geht es neben der Früherkennung verbreiteter Zivilisationskrankheiten auch um Aufklärung und Unterstützung bei gesundheitsfördernden Veränderungen des Lebensstils. Die Parameter, die hier zur Anwendung kommen, sind Body-Mass-Index, Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin.
4. Bei Menschen über 65 Jahren wird nunmehr vermehrt Augenmerk auf die Hör- und Sehleistung gelegt.
5. Einbeziehung von Parodontalerkrankungen
6. Verstärkung der Beraterrolle der Ärztin/des Arztes
7. Einladungssystem (Call/Recall)

Mai 2009

8. Standardisierte Anamnese und Dokumentation
9. Evaluierung der Ergebnisse

BERECHTIGTE VERTRAGSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE

Voraussetzung für die Ermächtigung einer Ärztin/eines Arztes zur Durchführung und Abrechnung von Vorsorgeuntersuchungen ist der Abschluss eines Vorsorgeuntersuchungs-Einzelvertrages im Sinne der geltenden Bestimmungen. Alle Ärztinnen und Ärzte, die am 1.10.2005 in einem Vorsorgeuntersuchungs-Vertragsverhältnis zu einem Versicherungsträger standen, werden in das Vertragsverhältnis nach dem neuen Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag übernommen, wenn der von der Kasse übermittelte "neue" Einzelvertrag unterschrieben an die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse retourniert wird. Ausgenommen sind Fachärztinnen bzw. -ärzte für Gynäkologie, die über einen bestehenden VU-Einzelvertrag für das gynäkologische Vorsorgeuntersuchungsprogramm nach den gesamtvertraglichen Regelungen 1.1.1988 verfügen (siehe Punkt gynäkologische Vorsorgeuntersuchung). Ein Vorsorgeuntersuchungs-Einzelvertrag kann nur mit den nachstehend angeführten Ärztinnen bzw. Ärzten abgeschlossen werden:

Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin
Fachärztinnen/Fachärzte für Innere Medizin
Fachärztinnen/Fachärzte für Lungenheilkunde

Ärztinnen bzw. Ärzte der oben angeführten Fachsparten sind auch dann zum Abschluss eines Vorsorgeuntersuchungs-Einzelvertrages berechtigt, wenn sie in keinem kurativen Vertragsverhältnis zum jeweiligen Krankenversicherungsträger stehen.

PERSONENKREIS

Die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen kommt für Personen (Probandinnen und Probanden) ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in Betracht. Anspruch auf Mammographie besteht für Frauen ab dem 40. Lebensjahr alle 2 Jahre, Anspruch auf Koloskopie besteht für Probandinnen und Probanden ab dem 50. Lebensjahr alle 10 Jahre. Auch nichtversicherte Personen sind berechtigt, die kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen. Die Betreuung übernimmt die für den Wohnort zuständige Gebietskrankenkasse.

EINLADUNGSSYSTEM (CALL/RECALL-SYSTEM)

Die Einladung zu Vorsorgeuntersuchungen wird durch die Sozialversicherung in folgenden Intervallen erfolgen: Für unter 40-jährige alle 3 Jahre, für über 40-jährige alle 2 Jahre. Auf Wunsch der Probandin/des Probanden kann die Vorsorgeuntersuchung auf Kosten des Krankenversicherungsträgers auch einmal jährlich in Anspruch genommen werden.

UNTERSUCHUNGSPROGRAMME

Der sachliche Umfang der Vorsorgeuntersuchung ergibt sich wie folgt:

1. ein allgemeines Untersuchungsprogramm
2. eine spezifische Untersuchung auf Cervix-Karzinom (PAP-Abstrich)
3. eine spezifische Untersuchung auf Mamma-Karzinom (Mammographie)
4. eine spezifische Untersuchung auf Kolon-Karzinom (Koloskopie)
5. eine spezifische Vorgehensweise bei Wunsch des Probanden auf Abklärung Prostata-Karzinom

Das allgemeine Untersuchungsprogramm kann von allen berechtigten Vertragsärztinnen bzw. -ärzten durchgeführt werden.

PAP-Abstriche können sowohl von Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin als auch von Fachärztinnen/Fachärzten für Gynäkologie durchgeführt werden.

Die ab dem 40. Lebensjahr in Abständen von 2 Jahren mögliche Mammographie kann nur von einer Vertragsfachärztin/einem Vertragsfacharzt für Radiologie durchgeführt werden.

Koloskopien können ab dem 50. Lebensjahr alle zehn Jahre von Fachärztinnen/Fachärzten für Innere Medizin oder Chirurgie durchgeführt werden.

Für die Zuweisungen zu PAP-Abstrich, Mammographie und Koloskopie ist ein Überweisungsschein zu verwenden, der mit VU gekennzeichnet werden muss.

VORSORGEZIELE

Die Vorsorgeziele der Vorsorgeuntersuchungen sind:

a) Arteriosklerose, Herz-Kreislauferkrankungen, erhöhter Blutdruck

b) bestimmte Karzinome (insbesondere Darmkarzinom, Cervix-Karzinom, Mamma-Karzinom, Haut-Karzinom, Prostata-Karzinom und ausgewählte familiär gehäufte auftretende Karzinome)

c) Diabetes mellitus, Alkoholmissbrauch, Rauchen, Arzneimittelmissbrauch, Adipositas, gesundheitsrelevanter Bewegungsmangel, Parodontitis (Erkrankung des Zahnhalteapparates)

d) bestimmte Hör- und Sehstörungen (Glaucom, Altersfehlsichtigkeit und Altersschwerhörigkeit)

INANSPRUCHNAHME DER VORSORGEUNTERSUCHUNG

a) Die Probandin/Der Proband meldet sich direkt bei der Vertragsärztin/beim Vertragsarzt zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung an. Die Inanspruchnahme erfolgt bis zur Einführung der e-card-Infrastruktur mit dem Krankenkassenscheck. Danach gilt die e-card, verbunden mit einer positiven Online-Abfrage als Anspruchsnachweis.

b) Vertragsärztinnen bzw. -ärzte mit ausschließlichem Vorsorgeuntersuchungsvertrag, die den Vorsorgeuntersuchungs-Einzelvertrag vor dem 31.12.2008 abgeschlossen haben und die nicht auf Kosten der Sozialversicherung die e-card-Geräteausstattung erhalten, sind zu einer entsprechenden Geräteausstattung nicht verpflichtet. Probandinnen/Probanden, die diese Ärztinnen/Ärzte in Anspruch nehmen, können sich beim zuständigen Sozialversicherungsträger einen Anspruchsnachweis ausstellen lassen oder die Ärztin/der Arzt legt aufgrund der Vorlage der e-card ein Beiblatt mit den Patientendaten an, welches zur Verrechnung verwendet werden kann.

c) Nichtversicherte Probandinnen/Probanden haben sich bei der für ihren Wohnsitz zuständigen Gebietskrankenkasse *(Service-Center)* einen Anspruchsnachweis ausstellen zu lassen. Kurative Leistungen können aufgrund dieses Anspruchsnachweises nicht verrechnet werden.

d) Bis zur Einführung der e-card-Infrastruktur hat die Probandin/der Proband auf dem Befundblatt per Unterschrift zu bestätigen, dass sie/er innerhalb der letzten 12 Kalendermonate vor dem Untersuchungstermin keine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen hat. Ab Einführung der e-card-Infrastruktur hat die Ärztin/der Arzt die Anspruchsberechtigung vor Durchführung der Untersuchung online zu überprüfen.

DURCHFÜHRUNG DER VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

Die Vertragsärztin/Der Vertragsarzt, die/der einen Vorsorgeuntersuchungsvertrag abgeschlossen hat, erhält von der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsamen Verrechnungsstelle der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger, 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, die neugestalteten Beleggarnituren, die Ärztebroschüre sowie Informationsfolder für die Probandinnen und Probanden. Ab 1.10.2005 sind nur mehr die neuen Belege zu verwenden. Unter www.sozialversicherung.at stehen alle Unterlagen zur VU-Neu zum Download bereit. Weiters finden sich unter dieser Adresse Ausfüllhilfen für die Dokumentationsblätter und ein **umfassendes medizinisches Nachschlagewerk**, das sich **"Wissenschaftliche Grundlagen der VU Neu"** betitelt. Es kann als pdf herunter geladen, aber auch als Papierversion gegen einen Selbstkostenersatz von € 19,-- per e-mail unter **vorsorgeuntersuchung@svdgmbh.at** bestellt werden.

a) Die Vertragsärztin/Der Vertragsarzt ist zur Vornahme aller schriftlichen Arbeiten verpflichtet, die sich aus der Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen nach dem Gesamtvertrag ergeben. Insbesondere hat sie/er den von der Probandin/vom Probanden auszufüllenden Anamnesebogen und (falls verwendet) den Alkoholfragebogen auf Vollständigkeit abzuklären und das Befundblatt vollständig auszufüllen.

b) Im Zuge des Abschlussgesprächs ist der Probandin/dem Probanden ein Arztbrief oder die Kopie bzw. ein Ausdruck des Befundblattes auszuhändigen.

c) Falls die Vorsorgeuntersuchungs-Ärztin/der Vorsorgeuntersuchungs-Arzt die Abstrichnahme für den PAP-Befund selbst durchführt, ist sie/er außerdem verpflichtet, das Dokumentationsblatt "PAP-Abstrich" vollständig auszufüllen. Die Ergebnisse des PAP-Abstriches sind in diesem Fall auch im Abschlussgespräch zu berücksichtigen und die Vertragsärztin/der Vertragsarzt ist verpflichtet, die Probandin über das Ergebnis der zytologischen Untersuchung zu informieren.

d) Die Gynäkologin/Der Gynäkologe, die/der die Vorsorgeuntersuchungs-Leistung PAP-Abstrich durchführt, ist verpflichtet, das Dokumentationsblatt "PAP-Abstrich" vollständig auszufüllen und die Probandin über das Ergebnis der zytologischen Untersuchung zu informieren.

e) Die Radiologin/Der Radiologe, die/der die Vorsorgeuntersuchungs-Leistung Mammographie durchführt, ist verpflichtet, das Dokumentationsblatt "Mammographie" vollständig auszufüllen und die Probandin sowie die zuweisende Ärztin/den

zuweisenden Arzt über das Ergebnis der radiologischen Untersuchung zu informieren.

Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung soll unterbleiben, wenn die Probandin/der Proband in den letzten zwei Quartalen in ärztlicher Behandlung war und die Untersuchungen sich mit den Interventionen der Vorsorgeuntersuchung decken.

Zum PAP-Abstrich ist nicht zuzuweisen, wenn die Probandin angibt, dass in den letzten 12 Monaten ein PAP-Abstrich durchgeführt worden ist.

Zur Mammographie ist nicht zuzuweisen, wenn die Probandin angibt, dass in den letzten 24 Monaten eine Mammographie durchgeführt wurde.

HONORIERUNG DER VORSORGEUNTERSUCHUNGEN (ab 1.10.2005)

Für die Honorierung der Vorsorgeuntersuchungen gelten die nachstehend angeführten Bestimmungen:

Wird die Vertragsärztin/der Vertragsarzt im Abrechnungsquartal von der Probandin/vom Probanden nur im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen, so gebühren ausschließlich die jeweils maßgeblichen Vorsorgeuntersuchungshonorare, es gebührt aber kein kuratives Fallpauschale.

Für die Gesamtheit der vorgesehenen Untersuchungen gebührt ausschließlich das Vorsorgeuntersuchungshonorar nach der jeweils in Frage kommenden Leistungsposition. Die Vertragsärztin/Der Vertragsarzt kann daher keinesfalls die programmgemäß durchzuführenden Untersuchungen gesondert nach kurativen Tarifsätzen in Rechnung stellen (ausgenommen für den PAP-Abstrich, die Mammographie und die Koloskopie aufgrund einer VU-Zuweisung).

ALLGEMEINES UNTERSUCHUNGSPROGRAMM

Das Honorar für das allgemeine Untersuchungsprogramm (Pos. 51) beträgt € 75,00. Mit diesem Betrag sind auch die Kosten für den Ordinationsbedarf abgegolten.

Für den Fall, dass die im allgemeinen Untersuchungsprogramm vorgesehenen Blutuntersuchungen auf Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride und Rotes Blutbild (Probandinnen) nicht von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt, die/der die klinische Untersuchung durchgeführt hat, getätigt werden können, beträgt das Honorar für die Basisuntersuchung € 66,01 (Pos. 52).

Das Honorar für den von der Vertragsfachärztin/vom Vertragsfacharzt für Innere Medizin aufgrund einer Zuweisung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung durchgeführten Laborblock (Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Gamma GT, Triglyceride und Rotes Blutbild) - Pos. 53 - beträgt € 8,99. Mit diesem Betrag sind alle damit zusammenhängenden Leistungen, wie Blutabnahme und Befundbericht, abgegolten.

Die Untersuchungen PAP-Abstrich (Pos. 55) und Mammographie (Pos. *596 oder 696 oder 796*) werden aufgrund einer VU-Zuweisung den Vertragsfachärztinnen und -ärzten für Gynäkologie bzw. Radiologie entsprechend den in der Honorarordnung des kurativen Gesamtvertrages vorgesehenen Positionsnummern honoriert. Gleiches gilt, wenn die Vertragsärztin/der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin den PAP-Abstrich selbst durchführt.

Bis zum Abschluss einer österreichweiten Regelung oder anderen Länderregelung für die Koloskopie im Rahmen der VU wird diese aufgrund einer VU-Zuweisung den Vertragsfachärztinnen und -ärzten für Chirurgie bzw. Innere Medizin entsprechend den in der Honorarordnung des kurativen Gesamtvertrages vorgesehenen Positionsnummern (Pos. 56 oder Pos. 57) honoriert.

GYNÄKOLOGISCHE VORSORGEUNTERSUCHUNG

Bestehende gesamtvertragliche Regelungen zum gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungsprogramm aufgrund des VU-Gesamtvertrages vom 1.1.1988 bleiben in vollem Umfang (bisherige Leistungsanbieter/innen, bisheriger Leistungsumfang, bisherige Tarife) zu den bisherigen rechtlichen Bedingungen aufrecht, bis sie durch eine österreichweite Regelung oder andere Länderregelungen ersetzt werden. Das neue Dokumentationsblatt PAP-Abstrich ist zusätzlich zu verwenden.

Das Honorar für die aufgrund des Gesamtvertrages vom 1.1.1988 durchgeführte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung (neue Pos. 54) durch Vertragsärztinnen/ Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Gynäkologie beträgt € 18,24.

Die bisherigen Beleggarnituren (Anamneseblatt G und Befundblatt G) sind zur Dokumentation zu verwenden. Alle in der Beleggarnitur (Befundblatt G) enthaltenen programmmäßigen Untersuchungen sind durch das Honorar nach Position 54 abgegolten. Die Vertragsärztin/Der Vertragsarzt ist nicht berechtigt, die Abstrichnahme und Fixierung für die zytologische Untersuchung gesondert in Rechnung zu stellen.

Mai 2009

Zusätzlich ist das Dokumentationsblatt PAP-Abstrich zu verwenden.

Erfolgte im Abrechnungsquartal bereits eine kurative gynäkologische Behandlung, dann kann in diesem Quartal nachfolgend eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung nicht verrechnet werden, außer bei Zuweisung.

Erfolgt im Abrechnungsquartal nach einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung durch eine Vertragsfachärztin/einen Vertragsfacharzt für Gynäkologie eine kurative gynäkologische Behandlung, dann gebührt für die kurative Behandlung kein Fallpauschale. Es gebührt lediglich das Honorar für die Ordination und für die allenfalls getätigten Einzelleistungen.

ABRECHNUNG DER VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

a) Abgeschlossene Vorsorgeuntersuchungen sind über die Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger im Rahmen der Quartalsabrechnung (kurativ und/oder Vorsorgeuntersuchung) elektronisch abzurechnen.

b) Für die Abrechnung gelten grundsätzlich die Rechnungslegungsvorschriften aus dem kurativen Bereich.

c) Eine Honorierung des allgemeinen Untersuchungsprogrammes erfolgt nur dann, wenn dieses vollständig entsprechend dem Formblatt durchgeführt (untrennbare Gesamtleistung) und das Befundblatt gemäß Ausfüllanleitung vollständig und sorgfältig ausgefüllt wurde. Eine Honorierung erfolgt aber auch dann, wenn die Probandin/der Proband nicht innerhalb von 3 Monaten nach der Vorsorgeuntersuchung zum Abschlussgespräch bei der Vertragsärztin/beim Vertragsarzt erschienen ist und die Ärztin/der Arzt dies auf dem Befundblatt vermerkt hat.

DOKUMENTATION

Zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Krankenversicherungsträger Österreichs und der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer wurde ergänzend zum Gesamtvertrag vom 9.3.2005 über die Vorsorgeuntersuchungen vereinbart, dass mit Stichtag 1.4.2009 die VU-Befundblätter elektronisch zu übermitteln sind. Da nicht alle Ärztinnen/Ärzte mit VU-Vertrag über die technischen Voraussetzungen zur elektronischen Übermittlung verfügen, wurde zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse folgende weitere Vorgangsweise festgelegt:

Ab 1.4.2009 besteht die Möglichkeit, dass – wie auch schon bisher – das Befundblatt "Allgemeines Programm", das Dokumentationsblatt "Mammographie" und das Dokumentationsblatt "PAP-Abstrich" elektronisch übermittelt werden, ein paralleles Schicken der Formulare in Papierform ist nicht mehr erforderlich. Für alle Ärztinnen/Ärzte mit VU-Vertrag, die weiterhin die Übermittlung in Papierform (außer Dokumentationsblatt "Mammographie", dieses steht nur elektronisch zur Verfügung) wählen, gibt es vorläufig trotz der bundesweit festgelegten Verpflichtung für das 2. und 3. Quartal 2009 keinerlei Sanktionen. Ab 1.10.2009 ist die bundesweite Regelung umzusetzen. Dies bedeutet, dass für VU-Dokumentationsblätter (Allgemeine Befundblätter und Dokumentationsblätter für Mammographie), die ab 1.10.2009 in Papierform einlangen, die vereinbarte Honorarminderung von € 3,00 in Abzug gebracht wird.

Unter www.sozialversicherung.at sind Informationen zur elektronischen Dokumentation erhältlich. Die Inanspruchnahme von geeigneten Dienstleistern ist ebenfalls möglich.

Eine Honorierung der abgeschlossenen Vorsorgeuntersuchung ist jedenfalls nur möglich, wenn das vollständig ausgefüllte Befundblatt *entweder in elektronischer Form oder* im Rahmen der Quartalsabrechnung an die Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsame Verrechnungsstelle der niederösterreichischen Krankenversicherungsträger übermittelt wird. Das Anamneseblatt und der Alkoholfragebogen verbleiben bei der Ärztin/beim Arzt.

ORDINATIONSBEDARF

Die Kosten des für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen notwendigen Ordinationsbedarfes sind durch die jeweils vereinbarten Vorsorgeuntersuchungshonorare abgegolten. Von den Krankenversicherungsträgern erfolgt daher keine Beistellung des für die Vorsorgeuntersuchungen erforderlichen Ordinationsbedarfes.

KURATIVE MASSNAHMEN NACH EINER VORSORGEUNTERSUCHUNG

Werden bei einer Vorsorgeuntersuchung Erkrankungen der Probandin/des Probanden festgestellt, die entsprechende diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen zur Folge haben, so gelten diese Maßnahmen als Leistungen aus dem kurativen Bereich und sind als solche in Rechnung zu stellen.

HONORARANWEISUNG

Das Honorar für die abgerechneten Vorsorgeuntersuchungen wird im Zusammenhang mit der erforderlichen getrennten Erfassung der Vorsorgeuntersuchungsaufwendungen seitens der Vertragspartnerabrechnung/Gemeinsamen Verrechnungsstelle in der der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt pro Quartal zur Verfügung gestellten Honorar-Abrechnung (Gutschrift) in einer separaten Buchungsspalte im Anschluss an das Wegegebührenhonorar in einer Summe ausgewiesen und gemeinsam mit dem kurativen Honorar auf das Konto der Vertragsärztin/des Vertragsarztes überwiesen.

ORT UND ZEIT DER VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

Die Vertragsärztin/Der Vertragsarzt hat die Vorsorgeuntersuchungen in ihrer/seiner Ordination selbst vorzunehmen. Mit der Probandin/dem Probanden sind Termine zu vereinbaren, die grundsätzlich außerhalb der im kurativen Einzelvertrag vereinbarten Ordinationszeiten liegen.

SCHLUSSBEMERKUNG

Bei der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen und bei den Honorarabrechnungen sind vorstehende Grundsätze sowie die den Vertragsärztinnen und -ärzten ausgehändigte Ärztebroschüre zu beachten. Vertragsärztinnen bzw. -ärzte, mit denen erstmals ein Vorsorgeuntersuchungs-Einzelvertrag aufgrund der Bestimmungen des neuen Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages abgeschlossen wurde, haben verpflichtend an der von der Ärztekammer für Niederösterreich organisierten Informationsveranstaltung teilzunehmen.

V 4

Feststellungen der Vertragspartnerkontrolle

Die Nö. Gebietskrankenkasse ist auf Grund gesetzlicher und vertraglicher Bestimmungen verpflichtet, die Arztleistungsabrechnungen der Vertragsärztinnen und -ärzte routinemäßig zu überprüfen. Eine Analyse der Überprüfungsergebnisse zeigt, dass sich gewisse Beanstandungen immer wiederholen.

Nachfolgend werden die häufigsten Feststellungen der Vertragspartnerkontrolle angeführt, damit die Vertragsärztinnen und -ärzte bei künftigen Abrechnungen auf konkrete Hinweise der Kasse zurückgreifen können.

1. *Leistungsverrechnung*

   Es werden nach wie vor Leistungen in relativ großer Zahl abgerechnet, obwohl keine Krankenbehandlung im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen erfolgte. Es handelt sich hiebei vor allem um die alleinige Verordnung von Antibabypillen, die Verabreichung diverser prophylaktischer Impfungen (FSME, DPT, Tetanus-Auffrischung), aber auch um die Durchführung verschiedener Sport-, Schul- und *Feuerwehr*tauglichkeitsuntersuchungen.

2. Abrechnung von Tagesvisiten und Wegegebühren

   Die Vertragspartnerkontrolle musste immer wieder beanstanden, dass bei Familien- bzw. Heimbesuchen für sämtliche Patientinnen/Patienten die Pos. 1 (Tagesvisite an Werktagen) verrechnet wurde.

   Differenzen ergaben sich auch durch wiederholte Mehreintragungen von Tagesvisiten sowie Tag- und Nachtdoppelkilometern.

3. Fehlverrechnungen von Einzelleistungen

   Am häufigsten festgestellte Fehlverrechnungen von Einzelleistungen waren:

   Pos. 2 (Dringend verlangte und sofort getätigte Visite) – Zeitunterschied zwischen Berufung und Durchführung der Visite mehrere Stunden.

   Pos. 4 (Nachtvisite) – Berufung erfolgte vor 20 Uhr.

Mai 2009

Pos. 6 (Ordination an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen) – Patientinnen/ Patienten wurden von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt in die Ordination bestellt.

Pos. 8 (Tagesordination außerhalb der üblichen Sprechstunden) – Konsultation erfolgte während der üblichen Sprechstunde oder auf Bestellung der Vertragsärztin/des Vertragsarztes; Mehreintragungen der Pos. Nr.

Pos. 12 (Ordination) – Keine persönliche Konsultation der Vertragsärztin/des Vertragsarztes in der Ordinationsstätte, *automatisch zu Behandlungsbeginn im Quartal.*

Pos. 110 (Intramuskuläre, intracutane, subcutane Injektion) – Verrechnung der Position bei Verordnung diverser prophylaktischer Impfungen (siehe Ziffer 1) sowie Mehreintragungen.

Pos. 333 (Tonaudiometrie) – Oftmals wird diese Leistung im Voraus ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation erbracht.

Pos. 420 (Chirurgische, elektrochirurgische oder kryochirurgische Entfernung von benignen Geschwülsten – wie z. B. Condylomata acuminata, Warzen, Keratosen, Molluska, Papillome, Keloide u. ä. – ohne Naht) – Mehrmalige Behandlung der gleichen Warze.

Pos. 656 (Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr) – Verrechnung der Position bei Verabreichung prophylaktischer Impfungen (siehe Ziffer 1) sowie Mehreintragungen.

Pos. 681 (Eingehende neurologische Untersuchung, einschließlich Sensibilitätsprüfung mit graphischer Niederlegung) – Status nicht komplett.

Pos. 683 (Psychotherapeutische Sitzung) – Unterschreitung der Mindestdauer.

Pos. 723 (Manuelle Massage) – Massagen werden von Assistentinnen und Assistenten durchgeführt, für die kein Befähigungsnachweis vorliegt.

Überdies wurden Differenzen, die den gesamten übrigen Einzelleistungskatalog betreffen, festgestellt.

Laborparameter werden nicht individuell festgelegt, sondern anhand vordefinierter Profile (Laborblocks) durchgeführt.

Zu folgenden Themen wird eine Konkretisierung vorgenommen, um künftigen Missverständnissen vorzubeugen:

1. <u>Diagnostik der Osteoporose – Densitometrie</u>

Die im Oktober 2005 erschienene Ausgabe "Osteoporose" der Initiative Arznei und Vernunft (http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB100724_Leitlinie_Osteoporose_6_10_2005.pdf) beschäftigt sich ausführlich mit der Diagnostik. Die Evaluierung der Umsetzung der Empfehlungen von A&V lässt eine kurze Wiederholung der Kernaussagen zur Diagnostik sinnvoll erscheinen:

- *Eine ausführliche Anamnese zur Risikoerfassung sowie die klinische Untersuchung stellen die unverzichtbare Basis der Diagnostik dar.*
- *Eine Indikation zur Knochendichtemessung besteht bei*
  - *Frauen ab dem 65. Lebensjahr*
  - *Postmenopausalen Frauen ab dem 60. Lebensjahr, wenn Risikofaktoren vorliegen (Risiko-Checkliste)*
  - *Männern ab dem 70. Lebensjahr*
  - *Erwachsenen mit einer Fragilitätsfraktur*
  - *Erwachsenen mit Erkrankungen, welche mit niedriger Knochendichte oder raschem Knochendichteverlust assoziiert sind*
  - *Erwachsenen, welche Medikamente einnehmen müssen, die den Knochenverlust beschleunigen*

Diagnostik und allenfalls Beginn einer spezifischen Therapie bilden eine Einheit und sollten dann stattfinden, wenn das Risiko, eine osteoporotische Fraktur zu erleiden, ansteigt (s. o.). Wiederholungsmessungen sind im Regelfall erst nach 3 – 5 Jahren zu empfehlen (empfohlene Mindesttherapiedauer).

2. <u>Vorsorgeuntersuchung in Kombination mit kurativen Leistungen</u>

Die Vorsorgeuntersuchung zielt darauf ab, bei Menschen, die sich augenscheinlich guter Gesundheit erfreuen, Krankheiten im Frühstadium oder Risikofaktoren zu erkennen. Hauptaugenmerk wird dabei auf die Früherkennung sogenannter Volkskrankheiten gelegt. In der Praxis zeigt sich leider immer wieder, dass in einzelnen Ordinationen individuelle Erweiterungen des durch den Vorsorgeuntersuchungsgesamtvertrag, abgeschlossen zwischen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Österreichischer Ärztekammer, vereinbarten Vorsorgeprogrammes (EKG, Lungenfunktion, Ergometrie, …) routinemäßig, d. h. ohne klinischen Anhaltspunkt als Screeningmaßnahme, Platz greifen. Dafür fehlt sowohl die wissenschaftliche Basis als auch die vertragliche Regelung, der Krankenversicherung entstehen jedoch nicht unbeträchtliche Zusatzkosten.

Es wird ersucht, die Vorsorgeuntersuchung dazu zu nutzen, die Eigenverantwortung der Versicherten durch Beratung auf Basis der ermittelten Ergebnisse (bereits bestehende Krankheiten, Risikofaktoren für die Neuentstehung von Krankheiten) zu fördern. Der Gesundheitsvorteil für Personen, die an Vorsorge-/Früherkennungsprogrammen teilnehmen, ist durch zahlreiche internationale Studien belegt.

3. <u>Aufbewahrung von Rezepten</u>

Aus gegebenem Anlass wird in Erinnerung gerufen, dass Rezepte sowohl im Bereich der Rezeption als auch im Bereich der Behandlungsräume geschützt vor Zugriffen Unbefugter aufbewahrt werden müssen.